

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION COGNITIVA
CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR
SEPARACION**

**ESTUDIANTE
JAZBLEIDYS RIVERA MADERO**

**Tutora:
Ph.D Ana Mercedes Bello Villanueva**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
División de Ciencias Sociales y Humanas
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA, PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA
Barranquilla
2018**

CONTENIDO

	Pág.
Información General Del Proyecto.....	1
1. Introducción.....	3
2. Justificación.....	5
3. Área problemática.....	7
4. Objetivos.....	10
4.1. Objetivo General.....	10
4.2. Objetivo específico.....	10
5. Historia clínica del paciente.....	11
5.1. Identificación del paciente.....	11
5.2. Motivo de consulta.....	11
5.3. Descripción sintomática.....	12
5.4. Historia personal.....	15
5.5. Historia familiar.....	16
5.5.1. Genograma.....	17
5.6. Proceso de evaluación.....	18
6. Conceptualización Diagnostica.....	30
7. Descripción detallada de las sesiones (5 a 10).....	37
8. Marco conceptual de referencia.....	48
9. Análisis del caso (descripción e interpretación.....	76
10. Conclusiones y discusión.....	84
11. Bibliografía.....	88
12. Anexos.....	93

1. INTRODUCCIÓN

Se ha considerado que los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías más comunes de desórdenes de la niñez (Costello et al., 1996; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Muchos estudios sugieren que la etapa de la infancia está asociada con trastornos de ansiedad social, familiar, académica y emocional; es probable que persistan si no se tratan, y tienden a predisponer a los niños a desarrollar trastornos de ansiedad más adelante en la adolescencia y la adultez (Costello et al., 2003; Hirshfeld, Micco, Simoes, & Henin, 2008; Newman et al., 1996; Weissman, 1999). Siendo de gran beneficio la posibilidad de intervenir y tratar tempranamente estos trastornos de ansiedad que pueden llegar a afectar crónicamente el bienestar del individuo.

De acuerdo a lo transcurrido en las últimas dos décadas, han surgido prometedoras terapias cognitivo-conductual (TCC) que han sido desarrollados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia, incluida la fobia social, trastorno de ansiedad de separación y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG; James, Soler, & Weatherall & Ollendick, 2005; King, 1998; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008).

Estos estudios han sugerido que la TCC puede ser eficaz para estos trastornos cuando se ofrecen individualmente o como parte de un tratamiento familiar (Kendall, Hudson, Flannery-Schroeder Gosch, & Suveg, 2008) y cuando se ofrecen solo o en combinación con tratamiento farmacológico (Walkup et al., 2008).

En este sentido es de resaltar que el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) es uno de los trastornos de ansiedad más común en los niños. Los reportes de prevalencia del TAS se estiman en torno al 4 % de niños y adolescentes jóvenes. Echeburúa (1993) señala que la edad medio de los niños que padecen de este trastorno es 9 años, con ligero predominio del género femenino y de niveles socioeconómicos bajos.

La prevalencia del TAS disminuye con la edad, la ansiedad o conductas de evitación relacionadas a la separación, pueden persistir hasta la adultez. En la actualidad la terapia cognitivo-conductual constituye una alternativa terapéutica que ha probado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Barrett, 2000; Ollendick y King, 1994).

Dentro de este orden, el propósito de este trabajo fue saber la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación en el estudio de caso único de un niño de 9 años, teniendo en cuenta las características clínicas, el impacto de los eventos de familiares estresante en el TAS y otros problemas asociados.

Todo lo anterior se fundamentó en el enfoque cognitivo desde las perspectiva de los siguientes teóricos, Hudson, Comer, Kendall, Beck, Bowlby entre otros, que pertenecen al enfoque cognitivo conductual que permitirán estructurar todo el proceso de intervención.

Este estudio tiene gran interés en describir la efectividad del proceso de intervención con el enfoque cognitivo-conductual del TAS y que también se resalte como una estrategia de mediación y prevención del no curso de evolución hacia otras entidades clínicas asociadas.

2. JUSTIFICACION

La ansiedad por separación es una etapa normal a medida que el niño crece y se desarrolla. Es una etapa del desarrollo durante el cual el niño se pone ansioso cuando se separa del cuidador primario (usualmente la madre). Este tipo de ansiedad se manifiesta en los bebés de entre 8 y 12 meses de vida y suele desaparecer alrededor de los 2 años (Walker, 2011). Cuando el componente adaptativo de la ansiedad en el niño se ve afectado y desproporcionado y está relacionado con la incapacidad de quedarse y estar a solas y no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él se está presentando de una manera significativa una manifestación psicopatológica de la ansiedad, que puede llegar a afectar e interferir con las actividades del desarrollo personal, familiar, escolar y social (Hanna G, Fischer DJ, Fluent TE: Separation Anxiety Disorder and School Refusal in Children and Adolescents. *Pediatr Rev* 2006).

Dado esto el Trastorno por Ansiedad de Separación tiene como característica principal ansiedad excesiva e inapropiada para el desarrollo del niño, concerniente a su separación respecto de las personas con quienes está vinculado, esto ha permitido a los diferentes teóricos desde el enfoque cognitivo-conductual motivarse en el planteamiento terapéutico para los infantes que afrontan esta afectación, para dar respuesta y apoyo tanto para el niño como para los padres u otras figuras de apego. La psicoterapia cognitivo conductual y los farmacoterapia han demostrado ser los tratamientos más efectivos en el tratamiento de la ansiedad excesiva del TAS (Kendall, 1994). Estudios controlados han documentado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento del TAS y otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Lewis M (Ed.), Williams & Wilkins, 2002).

Correspondiente a esto Hanna G, Fischer DJ & Fluent TE, (2006) consideran que los niños con TAS son descritos como inseguros, rabiosos y con una necesidad constante de atención. Estas conductas frustran a los padres provocando en ocasiones resentimiento y conflicto que puede traspasarse al interior de la familia. Las manifestaciones del trastorno varían según la edad. Los niños más pequeños exteriorizan el temor más corporalmente y los mayores verbalizan la ansiedad o el temor a peligros potenciales (secuestro, robos, asaltos). Las quejas somáticas como dolor abdominal, cefalea, náuseas e incluso vómitos, pueden presentarse antes y durante la separación de la figura vinculada.

Por otra parte el TAS puede tener un inicio agudo o insidioso. Frecuentemente es de inicio agudo cuando está precedido por un estrés significativo. Ejemplos de esto son la enfermedad o el fallecimiento de un ser querido como puede ser una mascota. Un cambio de barrio, colegio o ciudad también puede ser un detonante para el inicio síntomas. (Strauss, Lease, Kazdin, Dulcan, Last, 1989).

En este sentido es importante señalar que el TAS es uno de los trastornos de ansiedad más común en los niños. Los reportes de prevalencia en varios estudios van desde un 2,4% a 5,4%. La prevalencia de trastornos con sintomatología ansiosa es mucho mayor

pudiendo llegar hasta al 50% en niños y aunque otros estudios no han demostrado diferencias por género, sí han encontrado que los niños reportan mayor número de síntomas ansiosos comparados con los adolescentes (Compton, Nelson H, March, 2000). Stiles (2006) también destaca que los Estudios de Caso en psicoterapia pueden permitir a los clínicos incursionar en las investigaciones documentando adecuadamente sus casos, ya que son estos quienes están en una posición privilegiada para realizar observaciones ecológicas del objeto de estudio. Esto permitiría volver bidireccional el puente entre investigación y práctica clínica, fortaleciendo las ciencias como la neurociencia o la psicología cognitiva, como de la propia clínica psicológica. Kazdin (2001), también destaca el valor persuasivo y motivacional del caso único, ya que actúan a modo de poderosos descriptores, pudiendo convertir en ideas concretas conceptos que solo eran considerados como un principio abstracto.

Por otra parte la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM (2015) en Colombia, orienta a la identificación de los problemas y trastornos, así como a los factores que predisponen su desarrollo, la encuesta indagó sobre características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, condiciones del hogar y la vivienda; aspectos de salud mental que incluye percepciones del individuo y del entorno, cognición social, capital social, eventos vitales y violencias; problemas de conducta Dentro de la consideración del sufrimiento emocional ante eventos críticos en los últimos 12 meses no provocados por violencia directa, se encuentra que 51,5% de los niños entre los 7 y 11 años vive con sus padres biológicos; cuando alguno de ellos está ausente en el 59,8 % de las veces es el padre biológico, 27,4 % la madre biológica, y en 12,4 % ambos padres; el 31, 0% de estos niños ha contado con figuras sustitutas. Para los de 12 años y más, los sucesos provocadores de sufrimiento emocional en el mismo lapso temporal, han estado ligados con la enfermedad o muerte de alguien muy cercano, una modificación vital significativa, un problema familiar grave, dificultades económicas serias, y un inconveniente de salud o un accidente.

En este mismo orden de ideas los trastornos mentales en la infancia más frecuentes en los últimos 12 meses fueron: el trastorno por déficit de atención con una prevalencia 3,0 % (IC 95 %: 2,1- 4,1) siendo la variedad con hiperactividad la más frecuente; seguido del trastorno de ansiedad de separación 1,8 % (IC 95 %: 1,1 – 3 %), seguidos por los trastornos de ansiedad generalizada y oposicionista desafiante con 0,4 %. La comorbilidad de los trastornos mentales (presencia de 2 o más de ellos en una sola persona) es del 15,6 % (IC 95 % 9,3 % - 24,9%) para la prevalencia de los últimos 12 meses y de 21,4 % (IC 95 %: 12,4 – 34,5%) para los últimos 30 días.

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio desde la terapia cognitivo conductual optimizara la ayuda, guía y apoyo del bienestar individual del infante y su núcleo familiar. Este trabajo genera aportes al conocimiento y metodología en la investigación en psicología clínica y de la salud, aporta a la práctica psicológica y puede convertirse en un referente para el tratamiento de pacientes con TAS, brindando una contribución relevante sobre la intervención de esta población afectada por este trastorno a la comunidad terapéutica, científica y académica, ya que cada vez existe la necesidad de aportar nuevos conocimientos e información sobre el abordaje terapéutico y la efectividad

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

del enfoque cognitivo conductual como uno de los más asertivo y que prevenga el curso de evolución de este trastorno hacia otras entidades clínicas de mayor deterioro y riesgo de vida para el ser humano.

En cuanto al ambiente familiar especialmente a los padres proporcionarles psicoeducación y orientación sobre el TAS, empoderarlos en un rol acompañante y participativo dentro de la intervención terapéutica que permita facilitar y apoyar los cambios y decisiones significativos que permita fortalecer, mantener y aumentar conductas más funcionales y una abolición gradual de los síntomas que dificultan el normal funcionamiento del paciente con su entorno.

Con relación al ambiente educativo de los colegios se permitirá aportar conocimiento, estrategias e intervenciones que oriente a las escuelas y a los docentes en ser facilitadores y participantes del proceso terapéutico integral de la ansiedad por separación de la población infantil que afronta afectación emocional por sucesos de cambios significativos en el ambiente personal o familiar.

3. AREA PROBLEMÁTICA

El Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia presenta como rasgo característico la ansiedad excesiva en relación con la separación o alejamiento de la madre, de ambos padres o, en general, de cualquier persona a la que el niño se encuentra apegado emocionalmente. En general, existe una implicación patológica entre el niño y estas figuras de apego, de modo que el niño es descrito como de buen carácter y dispuesto a agradar, y se toleran situaciones de sobre-dependencia del niño. Sin embargo hay a la vez cierta hostilidad, porque esta situación limita la propia capacidad de los padres para realizar actividades de forma independiente del niño, o bien porque afecta a la relación conyugal, y se describe al niño como exigente o demandante de atención constante. También se ha descrito la presencia simultánea de negligencia hacia las necesidades afectivas del niño, sobreprotección y control. (Anderson JC, Williams S, McGee R, Simeón J, 1987).

Por lo anterior es de vital importancia la detección y tratamiento del TAS, sin esta pronta intervención se verá reflejado un mal pronóstico si es dejado a su evolución natural sin tratamiento. El trastorno tiende a cronificarse durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría según la presencia de cambios ambientales o en su desarrollo. Se calcula que un 30-60% de casos siguen presentando problemas adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos) y dificultades sociales en la edad adulta. En cambio, con tratamiento psicológico pueden mejorar hasta el 95% de los casos en menores de 10 años, aunque la cifra se reduce en niños mayores (probablemente por tener una evolución más larga).

Por lo tanto el riesgo de TAS en la infancia aumenta en presencia de estresores como cambios de escuela o vecindario, muerte o enfermedad de un miembro de la familia, desastres naturales o delitos terroristas vividos de cerca, etc. También hay un riesgo alto de TAS (en torno al 40%) en hijos de personas con trastornos psiquiátricos, como pacientes depresivos o ansiosos que no pueden proporcionar una base segura a sus hijos o que incluso necesitan a éstos para que les den seguridad, pacientes con trastornos de personalidad que formulen al hijo amenazas de abandono frecuentes, pacientes que lo requieran para su cuidado o casos que tengan para los hijos un riesgo auto-lesivo difícil de predecir (depresivos graves, personalidades límite, esquizofrénicos, etc.). Puede existir también mayor riesgo en niños con retraso mental o con problemas de aprendizaje, que se perciben como menos capaces que sus iguales y solicitan durante más tiempo y con más frecuencia los cuidados familiares, lo que dificulta aún más su capacidad de autonomía y acrecienta su inseguridad en caso de faltar dicho apoyo familiar (Echeburúa Odriozola, 1993).

En este sentido la prevalencia del TAS se estima en torno al 4 % de niños y adolescentes jóvenes. Echeburúa (1993) señala que la edad media de los niños que padecen este trastorno es 9 años, con ligero predominio del género femenino y de niveles socioeconómicos bajos. La comorbilidad entre los trastorno de ansiedad es frecuente en la infancia. El TAS se asocia frecuentemente con fobias específicas, siendo ambos trastornos de ansiedad los de mayor prevalencia en los niños de edad corta (Ollendick y King, 1994).

Por lo tanto los trastornos de ansiedad repercuten negativamente en la vida del niño y su familia, conviene intervenir tan pronto como se detecten. En la actualidad la terapia cognitivo-conductual constituye una alternativa terapéutica que ha probado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Barrett, 2000; Ollendick y King, 1994). Así mismo los programas que incluyen componentes conductuales y cognitivos han conseguido mejorías terapéuticas significativas, si se añade intervención familiar la eficacia tiende a aumentar (Barrett 1998, Barrett, Dadds y Rapee, 1996, Mendlowitz, 1999). Varios estudios han probado su superioridad sobre el no tratamiento (Kendall, 1994, Kendall, Brady y Verduin, 2001, Kendall, 1997, Muris, 2001; Shortt, Barret y Fox, 2001), considerándose una terapia probablemente eficaz, según los criterios de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) de la Division 12 “Psicología Clínica”, de la Asociación American de Psicología.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013), la salud mental se refiere a un estado de bienestar consciente que permite a la persona ser funcional, productiva, adaptable a las circunstancias y capaz de aportarle a la comunidad. Además, esta es eje central en el bienestar y la calidad de vida del ser humano, por lo cual una alteración a este nivel conlleva a efectos y consecuencias altamente negativas. De esta forma, se hace evidente la relevancia de los estudios epidemiológicos en salud mental, los cuales permiten la identificación de factores de riesgo y protección asociados con las enfermedades, así como el planteamiento de estrategias de evaluación, intervención y prevención basadas en los hallazgos para aumentar la probabilidad de su eficacia (Barrera, Bautista, & Trujillo, 2012).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud & Protección Social, 2015), indica que en los últimos 12 meses un 4,7 % de los niños presentó un trastorno mental, siendo de mayor prevalencia los problemas de aprendizaje. En adolescentes se identificó que un 4,4 % presentó depresión y ansiedad, y en adultos con una prevalencia de trastornos de tipo afectivo (4 %). De forma similar, un estudio internacional acerca de la prevalencia de trastornos mentales indica que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en los adolescentes (32 %), seguidos de trastornos del estado de ánimo (14 %) (Merikangas, et al., 2010). Para las autoridades mundiales de salud, no se trata de un asunto menor. En el informe ‘Los jóvenes y los riesgos sanitarios’, divulgado en la Asamblea Mundial de la Salud 2014, se hizo un llamado a los gobiernos para que focalicen acciones en estos grupos de edad, con base en una premisa: “El estado de salud en la niñez y la adolescencia influye durante el resto de la vida (...). La acción sobre estos grupos ofrece la oportunidad de mitigar problemas que se evidenciarán en la adultez”, dice el documento.

Un estudio realizado en una de las principales ciudades de Colombia identificó que de cada 100 personas, 27 presentan uno o más trastornos mentales durante la vida. Frente a la prevalencia en los últimos 12 meses, los trastornos de ansiedad se presentaron con un 10 %, seguido de consumo de SPA con 5 %, y en tercer lugar trastornos del estado de ánimo con 5 % (Secretaría de Salud de Medellín, 2012). Así mismo es tanto la angustia que sufren algunos colombianos, que según el estudio, el 3,5 por ciento de la gente sufre trastorno de ansiedad por separación. Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la región pacífica y Bogotá D.C son las que representan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22% y 21%. La región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9), otros datos importante es que solo el 1.9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5.6% de estos acuden al médico general.

Por todo lo comentado anterior el TAS afecta en gran significado a los niños y adolescentes, por lo cual se realizara un estudio de caso unico que permita describir la efectividad del tratamiento cognitivo-conducutual en la intervencion del TAS, que permita aportar informacion sobre como este enfoque permite un mayor éxito en el tratamiento de este trastorno y que prevenga el curso de cronicidad o desarrollo de otras entidades clinicas que pongan en mayor riesgo y vulnerabilodad la integridad fisica y mental de nuestros infantes.

4. OBJETIVOS

a. General

Describir la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad por separación, para garantizar a las comunidades terapéuticas la práctica de esta intervención y la relevancia hacia la prevención de otras entidades clínicas en la infancia.

b. Específicos

- Analizar la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad por separación, a partir del proceso terapéutico, para determinar la eficacia de este modelo, en un caso único.
- Describir las características clínicas del TAS, mediante la revisión teórica e investigativa de esta entidad clínica, para aportar conocimientos sobre la identificación y plan de intervención de este trastorno en la infancia.
- Determinar el impacto de los eventos familiares en el TAS, a través de los estudios y revisión teórica sobre los aspectos afectivos y vinculares de la familia hacia el infante para implementar un plan de intervención que guíe y brinde estrategias comunicativas en la familia.

5. HISTORIA CLINICA

5.1 IDENTIFICACION:

Nombre: A.B

Edad: 9 años

Sexo: M

Escolaridad: 4° de primaria

Fecha de nacimiento: 20/04/2008

Fecha de evaluación: 23 de Mayo del 2017

No de sesiones: 11

Evaluated Por: Jazbleidys Rivera Madero

5.1.2 CONTACTO INICIAL

AB, se mostró inicialmente tímido, callado, con tono de voz bajo y poco contacto visual con observación constante a la madre mientras se expresaba de él, permanece sentado, luce con presentación personal acorde a su edad, orientado en persona, tiempo y espacio, con conocimiento previo de la asistencia a consulta por psicología, manifiesta estar de acuerdo.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Madre: “busco ayuda para mi hijo, lo he observado muy temeroso, intranquilo, se desespera cuando no he llegado a casa, cuando algo le sale mal se dice a si mismo que es malo, poco obedece de forma inmediata, descuidado con su higiene personal no quiere lavarse los dientes, me toca estar detrás de el para que lo haga, tengo que repetirle e insistirle varias veces para haga sus tareas, no le gusta comer a las horas que corresponde sino después, me toca obligarlo a que coma, no quiere comer casi nada solo líquidos, mecatos, mantiene siempre preocupado por lo que puede ocurrir especialmente cuando hay noticias de desastres naturales y cuando me encuentro enferma”.

Paciente: “Me preocupo por lo que le pueda ocurrir a mi mama, quiero que ella este bien, quiero que este más tiempo conmigo, que mi abuela no me regañe cada rato así mi mama estaría más tranquila conmigo”.

5.2.1 QUEJAS PRINCIPALES:

Por parte de la Madre:

ASPECTOS COGNITIVOS: “quiero que sea más seguro de sí mismo” “parece que todo el tiempo está pensando en cosas terribles que le pueden pasar a él o a la familia” “que mejore su autocuidado personal” “que sea obediente”.

Por parte del paciente:

ASPECTOS COGNITIVOS: “a veces me siento solo” “quiero que mi mama este mayor tiempo conmigo que con sus amigas y su trabajo” “me da miedo que le pase algo, un accidente o la hieran”.

ASPECTOS AFECTIVOS: tristeza, angustia, miedo y ansiedad.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS: dolor de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, temblor en manos y piernas.

ASPECTOS CONDUCTUALES: llorar, no hablar, cruzar los brazos y hacer gestos con la cara de enfado, no arreglarse.

ASPECTOS RELACIONALES: hogar

ASPECTOS CONTEXTUALES: sus dificultades se observan con la madre y la abuela

5.3 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS

P1: Respuestas de Ansiedad y de Miedo

P2: Dificultades en las relaciones familiares

5.3.1 Análisis descriptivo de los problemas

P1: RESPUESTAS DE ANSIEDAD Y DE MIEDO:

Las respuestas de ansiedad y de miedo en AB iniciaron desde hace 1 año cuando a la madre le diagnostican cáncer de tiroides, inicia preocupación ante el estado de salud de la madre y ver el deterioro físico y psicológico que tuvo la misma, viene presentando preocupaciones excesivas de poder perder a la madre, en especialmente cuando ella sale de casa y demora por llegar, manifiesta pensar “será que le paso algo, se habrá accidentado y no volverá” “no quiero que mi mama se muera” “yo sé que está mejor pero se tiene que seguir cuidando” “me molesto cuando no me escucha”, estas situaciones se manifiestan con una frecuencia diaria, expresa que en ocasiones tiene pesadillas con personajes de miedo,

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

como “chuky”, “Fredy” y “los animales salvajes” donde en común estos personajes le quitan la vida a los demás, expresa tenerle miedo a la oscuridad especialmente cuando se tiene que ir a dormir esto se da de forma diaria, califica con una intensidad de 9 a la ansiedad y de miedo en un 8.

P2: DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES:

AB viene presentando dificultades en las interacciones intrafamiliares especialmente con la madre y abuela desde hace 5 meses, con mayores tensiones y conflictos con la madre ante exigirle apoyo de mantener sus obligaciones al día como hacer las tareas, repasar, comer, bañarse y lavarse los dientes, ante las cuales se ha visto un desmotivación, hay conductas de no escucha y desatención cuando la abuela le reprende y le llama la atención, manifiesta pensar “mi abuela si es regañona” “quiero que mi mamá lleve pronto a casa para que mi abuela se calme”, manifiesta AB que le molesten, que lo griten y lo castiguen con sus actividades favoritas (jugar futbol, play station, el computador y las salidas al parque con los amigos de su vecindad), a lo cual explica “no es justo que me quiten mi diversión” “es por culpa de mi abuela, todo le parece mal” “atormenta a mi mamá con tanta quejadera” la madre responde con intranquilidad, desesperación e irritabilidad las quejas que diariamente le comentan de AB, las dificultades en la convivencia se presentan de forma diaria.

5.3.2 ANALISIS FUNCIONAL:

Problema 1. Respuestas de Ansiedad y de Miedo

Antecedente		Cuando la madre aún no ha llegado a casa después del trabajo
Conducta	Rta. Cognitiva	“por qué no ha llegado mi mamá será que le pasó algo grave”
	Rta. Afectiva/Emocional	siente angustia, miedo y ansiedad
	Rta. Motora /comportamental	Se come las uñas, le tiemblan las manos, no duerme hasta llegue.
	Rta. Fisiológica	Dolor de cabeza, hormigueo en el cuerpo.
Consecuencia		La madre lo calma y lo consiente por esperarla (R+)

Problema 2. Dificultades en las relaciones familiares

Antecedente		Le quitaron el computador ante no cumplir con las actividades diarias en casa.
Conducta	Rta. Cognitiva	“me tienen aburrido”
	Rta. Afectiva/Emocional	Enojo y rabia
	Rta. Motora /comportamental	Contesta con grosería a la abuela, se retira a su cuarto.
	Rta. Fisiológica	Dolor de cabeza, aceleración del ritmo cardiaco.
Consecuencia		“soy el malo siempre” (R+).

5.3.3 RELACIÓN MOLAR DE LOS PROBLEMAS

$$P1 \longleftrightarrow P2$$

La relación molar existente en los problemas de AB, es de tipo lineal y bidireccional entre las respuestas de ansiedad **P1** y las dificultades en las relaciones familiares e interpersonales **P2**, porque se encuentran íntimamente interrelacionadas entre sí, ambas se refuerzan y se mantienen.

5.4 ANALISIS HISTORICO:

5.4.1 HISTORIA DEL PROBLEMA:

Hace 1 año que AB presenta un estado de ánimo de tristeza ante la separación de los padres, con aumento desde hace 6 meses, con sentimientos de desamor ante expresar que el padre ya no lo quiere igual como antes, manifiesta deseo que los padres puedan estar juntos nuevamente, con conductas de llanto, decaimiento, desmotivación hacia cuidado personal (higiene) y a realizar tareas, tiene preocupaciones excesivas hacia el tema de la muerte, ante haber afrontado situación de quebrantos de salud de la madre hace 1 año ante diagnóstico de cáncer de tiroides, con varios procesos de intervención quirúrgica, por lo cual estuvo un tiempo sin estar junto a ella quedando bajo el cuidado de abuela materna, aun presenta temor de perder a la madre, miedo a que se vuelva a enfermar, por lo cual presenta conductas de molestia y enojo con ella

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

cuando no regresa pronto a casa, si llueve y no ha llegado o si sale con las amigas y llega tomada ante manifestar que el trago le puede hacer daño a su cuerpo, presenta miedo a personajes violentos que ha visto en películas en la tv o por internet, dificultad para conciliar el sueño, ir al baño y quedarse solo en el cuarto, terror a los fenómenos naturales, se preocupa puedan llegar a ocurrir en su ciudad. Conductas de complejidad corporal ante referir que algunos compañeros de clase le ponen apodo, inicio de contestaciones verbales a los mismos ante sentirse irrespetado.

EDAD 0-4	Cuidado de AB por parte de abuela materna, padre y madre con conflictos entre los adultos ante haber sido padres sin planificar, no refiere problemas de salud, crecimiento y desarrollo del lenguaje y psicomotricidad normal, acorde a la edad.
4-6	Mayor apego con la figura paterna, sin alteraciones psicofísicas, buena adaptación al proceso de preescolar y básica primaria.
7-8	Inicio de mayores conflictos entre los padres, padre queda sin empleo, abuela materna le reprocha a la hija la situación económica y el rol del cónyuge, quien refuerza los conflictos entre los padres de AB, vivenciando momentos de tensión familiar, inicia con temores y miedo a la separación de los padres, molestias hacia la abuela ante el trato al padre.
8-9	Se enferma la madre de cáncer, cae en depresión y en conductas de evitación, separación de los padres, la figura paterna se muda a otra ciudad, comienza manifestaciones de tristeza, miedos y ansiedad, conductas de rebeldía y poca obediencia a la abuela y madre.

5.4.2 HISTORIA PERSONAL:

AB nace el 20 de Abril de 2008, por parto normal sin complicaciones, desarrollo psicomotor y lingüístico sin alteraciones, camino a los 9 meses y expreso sus primeras palabras al año de edad, es hijo único, no presenta antecedentes de enfermedades físicas, lesiones o accidentalidad, es cuidado y criado en el ambiente familiar de la madre (abuela materna, madre y padre), característica de ser un niño amoroso, tierno, sociable, tranquilo y obediente hasta los 7 años de edad, a los 8 años comienza comportamientos de intranquilidad, poca obediencia a las indicaciones por parte de los familiares, tristeza y preocupaciones excesivas de temor y miedo ante situaciones vividas a esta edad como la enfermedad de cáncer de la madre y la separación de los padres, AB es de contextura delgada, con actual sentimientos de inseguridad física y de baja autoestima ante estar atento

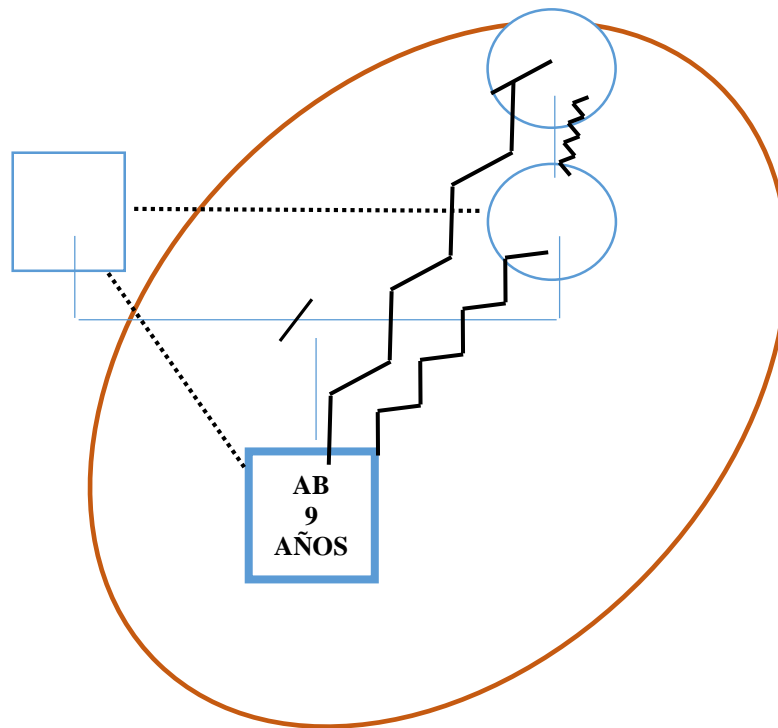
a la percepción que tiene los demás hacia él, necesidad de ser aceptado en los grupos de amistades y en el contexto escolar.

5.4.3 HISTORIA FAMILIAR:

El núcleo familiar de AB está conformada desde hace un año por la madre y la abuela materna, antes convivía con el padre quien hace 11 meses se va del hogar ante aceptar la decisión de la madre de la separación, es hijo único, no refiere otros hermanos. La madre trabaja como ejecutiva de proyectos en agencias de aduanas, labora con opción de horas de trabajo en casa, el padre se encuentra actualmente en la ciudad de Bogotá desde hace 9 meses labora como asesor de ventas. La madre reporta que durante mucho tiempo tuvieron conflictos graves de pareja, al expresar que todo se dio muy rápido entre ellos puesto que ella quedo embarazada cuando aún eran estudiantes de carreras técnicas y les toco asumir la responsabilidad de un hijo cuando aún no estaban preparados, manifiesta que tuvo sentimientos de tristeza, frustración ante tener que suspender los estudios y no poder seguir en su proyecto personal, relata que no fue nada fácil informar a los padres sobre su embarazo ante temores de crítica, enfado y decepción de los mismos hacia ella, aceptan vivir juntos la pareja, pero refiere que siempre se mantuvo entre ellos el reproche de las adversidades de culpabilizarse en el otro, no refiere violencia física pero si discusiones y agresiones verbales, la madre de AB afronta un cáncer de tiroides hace 1 año y 3 meses en el cual reconoce que cayó en un estado depresivo, con ideas de minusvalía, baja autoestima, al expresar que siempre se ha preocupado y motivada por verse bonita y ante todo el cambio fisiológico que afronto por el cáncer decidió aislarse, encerrarse, no quería que la visitaran los amigos o conocidos, ante el temor de morir pensaba en no querer dejar AB huérfano, por lo cual no le gustaba salir de la casa por temor a que le pasara algo terrible en la calle relacionado con su estado de salud y que nadie llegaría a socorrerla, adoptando conductas de evitación; durante ese tiempo AB quedo bajo el cuidado de la abuela materna, acepta que durante esa fase de tiempo estuvo ausente y distante para su hijo. Ante los problemas de conducta de desobediencia y no colaboración de AB con las actividades académicas en casa y consigo mismo ella responde de manera irascible e impaciente, con castigos de quitarles las actividades placenteras u objetos de su agrado pero manifiesta que son pocos los resultados favorables que obtiene, informa que trabaja toda la semana hasta los días sábados,

Acepta que tiene poco espacio para compartir con AB ante tener que mantener las obligaciones económicas del hogar, refiere que la comunicación y el trato con el padre de AB se encuentra bien en estos momentos, ambos aceptan buscar la ayuda terapéutica por psicología para su hijo por primera vez. La relación de la abuela materna hacia AB es de exigencia, regaños y de poca afectividad.

5.4.3.1 GENOGRAMA



5.4.4 HISTORIA ESCOLAR/LABORAL:

El rendimiento escolar de AB es bueno, estudia en jornada de la mañana, le agrada ir al colegio, le gusta estudiar para sacar notas sobresalientes, aunque actualmente viene presentando dificultad para realizar tareas en casa bajo la guía de la abuela o que le corresponda hacerlo solo, no ha repetido años escolares, no ha tenido problemas de disciplina, por momentos refiere que le gusta conversar mucho en clase y por eso le llaman la atención las profesoras para que no distraiga a los otros niños, actualmente cursa grado 4.

5.4.5 HISTORIA SOCIOAFECTIVA:

AB es un niño cariñoso, tierno, colaborador en el colegio y con los amigos de su vecindad, se le facilita establecer relaciones interpersonales, le agrada pasar tiempo con los

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

mejores amigos, compartir con ellos afinidades como jugar futbol, videojuegos, ver videos por internet, dialogar con ellos en el parque, por eso cuando lo castigan con estas actividades se siente triste porque de parte de ellos se siente acompañado y escuchado y encuentra diversión, recientemente viene presentado complejidad por comentarios sobre su aspecto físico de ser delgado por lo cual no le agrada y se molesta si le ponen apodo, con respuestas de contestaciones fuertes hacia ellos pero no ha llegado a pelear o agredir otros niños, pero al llegar a casa queda intranquilo e inquieto frente al tema de su contextura física y necesita que la madre le disminuya el malestar reafirmado que luce bien acorde a su estatura.

5.5 PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA (pruebas aplicadas y resultados):

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ANÁLISIS CUALITATIVOS	ANÁLISIS CUANTITATIVOS	FECHA 1RA APLICACIÓN	FECHA 2DA APLICACIÓN	FECHA 3RA APLICACIÓN
ENTREVISTA CLÍNICA	Se realiza Proceso de entrevista estructurada con la paciente con el objetivo de la evaluación diagnostica, siendo este instrumento uno de los principales métodos para lograr conocer las quejas principales, identificación del o los problemas, el análisis descriptivo, funcional, histórico (personal, familiar, académica, socio-afectiva)		23-05-17		
CUESTONARIO CDI (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY)	<p>Tipo de depresión que se logró identificar en AB a través de la prueba fue: estado de ánimo deprimido de tipo moderado</p> <p>-Todo lo hago mal. -Me preocupa que me ocurran cosas malas. -Estoy triste muchas veces. -muchas noches me cuesta dormirme. -Muchas veces me cuesta ponerme a hacer</p>	<p>1° APLICACIÓN DEPRESIÓN MODERADA 10</p> <p>2° APLICACIÓN DEPRESION LEVE 8</p> <p>3° APLICACIÓN DEPRESION LEVE 5</p>	6-06-17	24-10-17	5-04-18

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	<p>los deberes.</p> <p>-Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.</p> <p>-Me siento solo muchas veces.</p> <p>Muchas veces no hago lo que me dicen.</p>				
ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS	<p>Se identificó los siguientes respuestas afirmativas más significativas de la Ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a que la madre enferme. • Se siente más miedoso que otros niños • Sentirse asustado a salir herido de un accidente • Le asustan los relámpagos y los truenos. • Cuando el padre se ausenta de casa, se preocupa si regresara. • Le preocupa que algo malo suceda a alguien que conozca. • Cuando la madre no está en casa, se preocupa si ella va a regresar. <p>2º Aplicación: Disminución de números de ítems positivos de ansiedad, prevale el número de ítems donde AB muestra mejoría y mayor seguridad,</p>	<p>Items Contestados</p> <p>1º APLICACIÓN: SI: 28 NO: 5</p> <p>2º Aplicación: SI: 13 NO: 20</p>	13-06-17	13-03-18	

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	confianza y tranquilidad.				
CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS	CONDUCTAS/FRECUENCIA BASTANTE: <ul style="list-style-type: none"> • Es llorón • Se mueve más de lo normal • Se distrae con facilidad, tiene escasa atención. • Sus esfuerzos se frustran fácilmente 	Índice de déficit de atención con hiperactividad Bastante: 8 Poco: 6 TOTAL: 14 Lo que indica que no hay presencia de déficit de atención con hiperactividad.	27-06-17		
INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC)	ANSIEDAD ESTADO: 52 Nivel de Ansiedad Alta ANSIEDAD RASGO: 43 Nivel de Ansiedad Media	AE: 52 AR: 43	24-10-17		
IBT, MODIFICADO PARA NIÑOS	Presencia de ideas irracionales en ab según los resultados obtenidos en esta prueba <ul style="list-style-type: none"> • Territorialidad • Necesidad de control • Reacción a la frustración. • Ansiedad por preocupación • Evitación de problemas. • Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Territorialidad: 9 • Necesidad de control: 10 • Reacción a la frustración: 11 • Ansiedad por preocupación: 10 • Evitación de problemas: 9 • Dependencia: 10 • Influencia del pasado: 8 	7-11-17		

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	• Influencia del pasado				
--	-------------------------	--	--	--	--

Tabla 1. Cuestionario CDI
CUESTIONARIO - CDI

No.	PREGUNTAS	1° Aplicación	2° Aplicación	3° Aplicación
1	a) Estoy triste de vez en cuando.			
	b) Estoy triste muchas veces.			
	c) Estoy triste siempre.			
2	a) Nunca me saldrá nada bien			
	b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.			
	c) Las cosas me saldrán bien			
3	a) Hago bien la mayoría de las cosas.			
	b) Hago mal muchas cosas			
	c) Todo lo hago mal			
4	a) Me divierten muchas cosas			
	b) Me divierten algunas cosas			
	c) Nada me divierte			
5	a) Soy malo siempre			
	b) Soy malo muchas veces			
	c) Soy malo algunas veces			
6	a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.			
	b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.			
	c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles			
7	a) Me odio			
	b) No me gusta como soy			
	c) Me gusta como soy			
8	a) Todas las cosas malas son culpa mía.			
	b) Muchas cosas malas son culpa mía.			
	c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.			
9	a) No pienso en matarme			
	b) Pienso en matarme pero no lo haría			
	c) Quiero matarme.			
10	a) Tengo ganas de llorar todos los días			
	b) Tengo ganas de llorar muchos días			

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.			
11	a) Las cosas me preocupan siempre			
	b) Las cosas me preocupan muchas veces.			
	c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.			
12	a) Me gusta estar con la gente			
	b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente			
	c) No quiero en absoluto estar con la gente.			
13	a) No puedo decidirme			
	b) Me cuesta decidirme			
	c) Me decido fácilmente			
14	a) Tengo buen aspecto			
	b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.			
	c) Soy feo			
15	a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes			
	b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes			
	c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes			
16	a) Todas las noches me cuesta dormirme			
	b) Muchas noches me cuesta dormirme.			
	c) Duermo muy bien			
17	a) Estoy cansado de cuando en cuando			
	b) Estoy cansado muchos días			
	c) Estoy cansado siempre			
18	a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer			
	b) Muchos días no tengo ganas de comer			
	c) Como muy bien			
19	a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.			
	b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad			
	c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad			
20	a) Nunca me siento solo.			
	b) Me siento solo muchas veces			
	c) Me siento solo siempre			
21	a) Nunca me divierto en el colegio			
	b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.			
	c) Me divierto en el colegio muchas veces.			
22	a) Tengo muchos amigos			
	b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más			
	c) No tengo amigos			
23	a) Mi trabajo en el colegio es bueno.			
	b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como			

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	antes.			
	c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.			
24	a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.			
	b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.			
	c) Soy tan bueno como otros niños.			
25	a) Nadie me quiere			
	b) No estoy seguro de que alguien me quiera			
	c) Estoy seguro de que alguien me quiere.			
26	a) Generalmente hago lo que me dicen.			
	b) Muchas veces no hago lo que me dicen.			
	c) Nunca hago lo que me dicen			
27	a) Me llevo bien con la gente			
	b) Me peleo muchas veces.			
	c) Me peleo siempre			

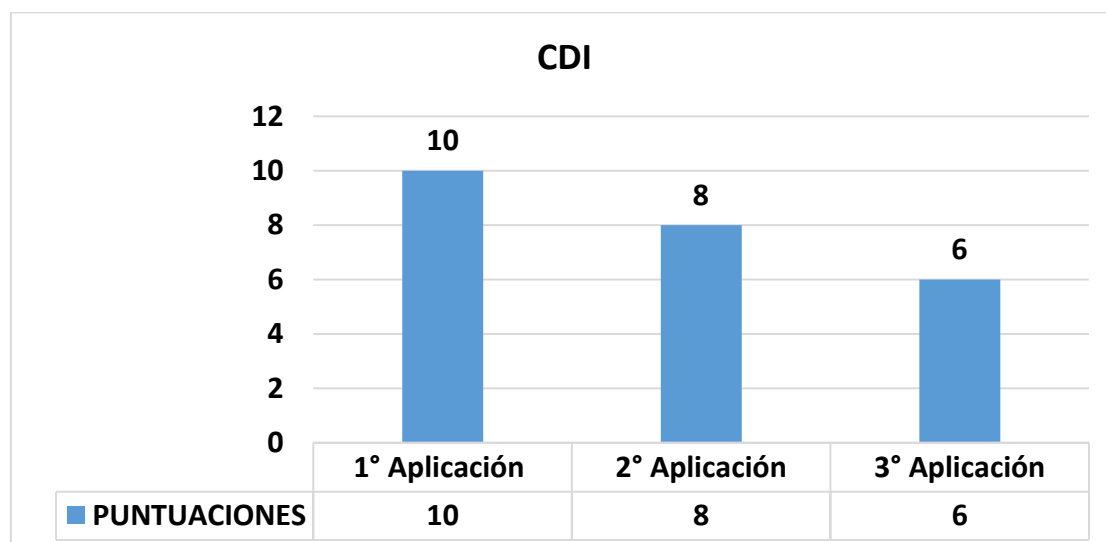
En la primera aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **10**, lo cual indica que existe una **depresión moderada**.

En la segunda aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **8**, lo cual indica que existe una **depresión leve**.

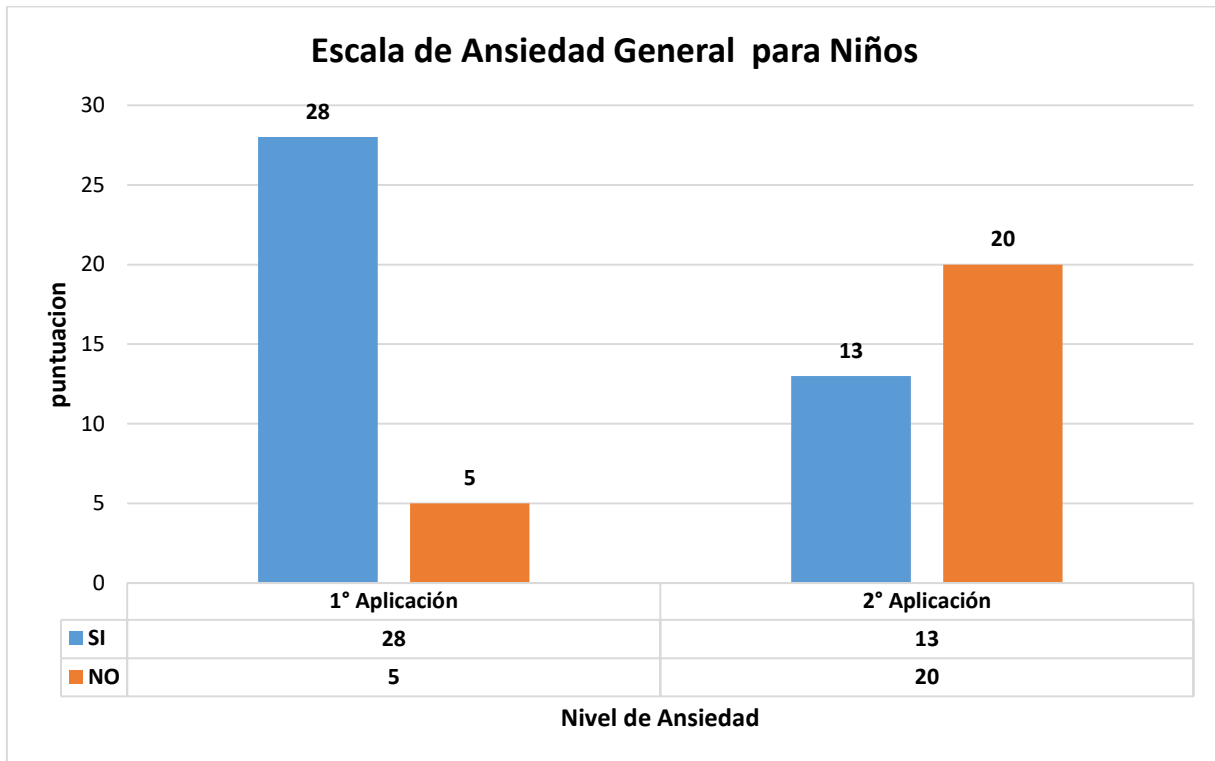
En la tercera aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **6**, lo cual indica que existe una **depresión leve**.

Grafica 1. Evaluación CDI

Inventario de Depresión para Niños. *Children's Depression Inventory*



Grafica 2. Evaluación de la ansiedad genera para niños



En la gráfica se puede observar cómo el paciente obtuvo 28 de 32 ítems en total, de respuestas afirmativas que evidencian la presencia de ansiedad en el paciente, frente a una puntuación de (5) de respuestas negativas hacia la ansiedad, el paciente reporta que si se identifica con los resultados de esta prueba. En la segunda aplicación se evidencia disminución de las respuestas afirmativas que favorecían las respuestas de ansiedad, aumento de conductas de afrontamiento.

Tabla 2. Cuestionario de Conners para padres

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES

Conductas	Primera aplicación			
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable		X		
2. Es llorón			X	

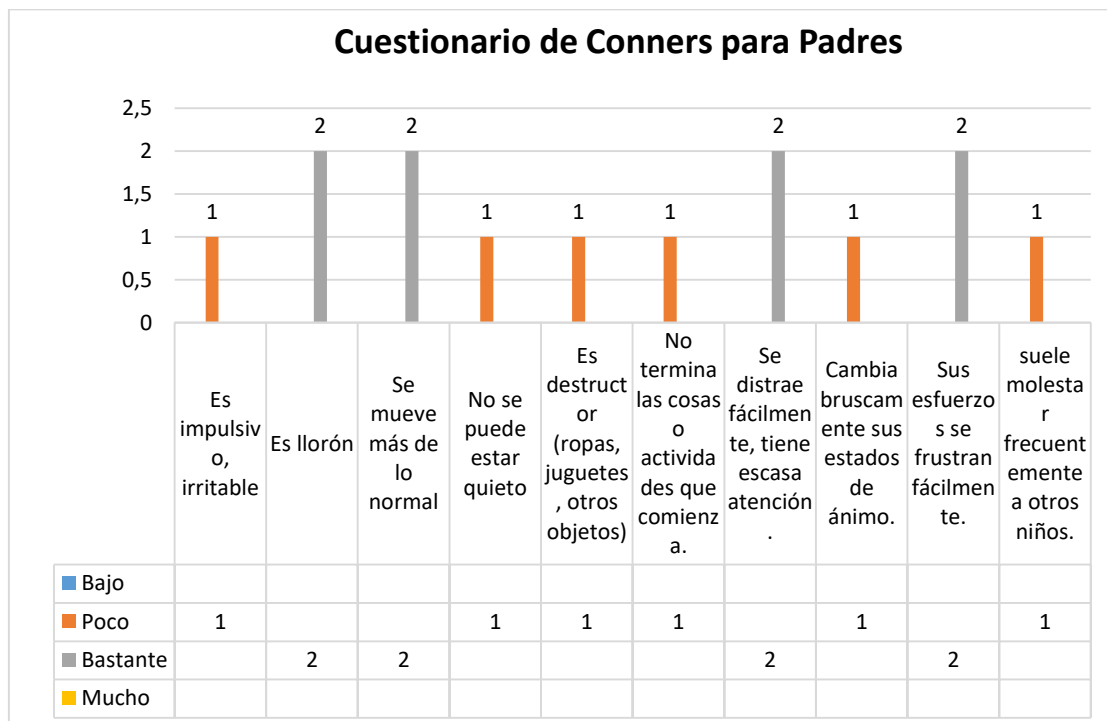
Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

3. Se mueve más de lo normal			X	
4. No se puede estar quieto		X		
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)		X		
6. No termina las cosas o actividades que comienza.		X		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. suele molestar frecuentemente a otros niños.		X		
TOTAL	14			

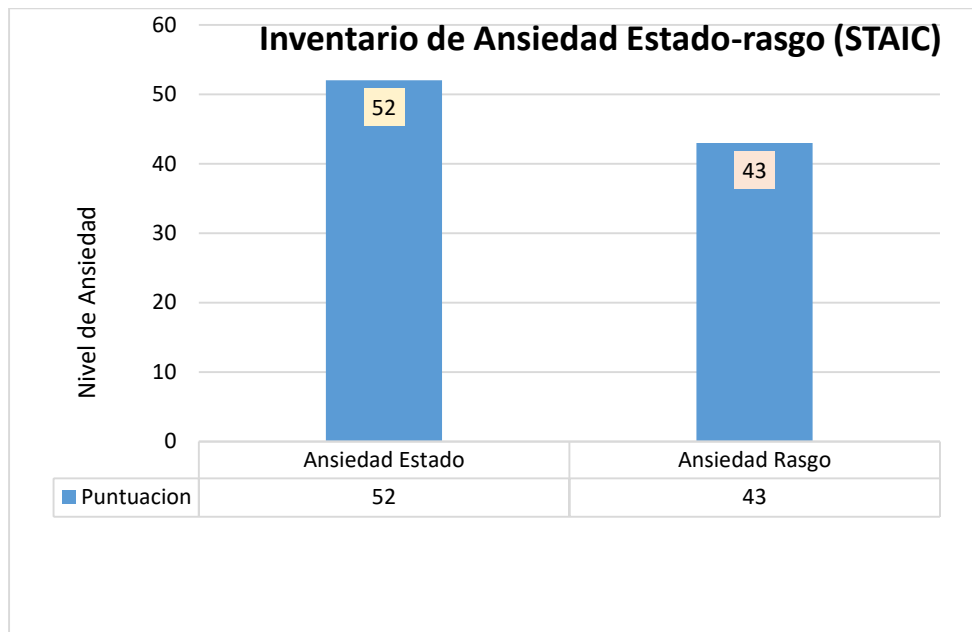
Cuestionario de Conners para padres

De acuerdo con la observación realizada por la madre en casa, la puntuación fue de **14 puntos**, lo que indica una sospecha baja de un déficit de atención con hiperactividad.

Grafica 3. Cuestionario de Conners para padres



Grafica 4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)



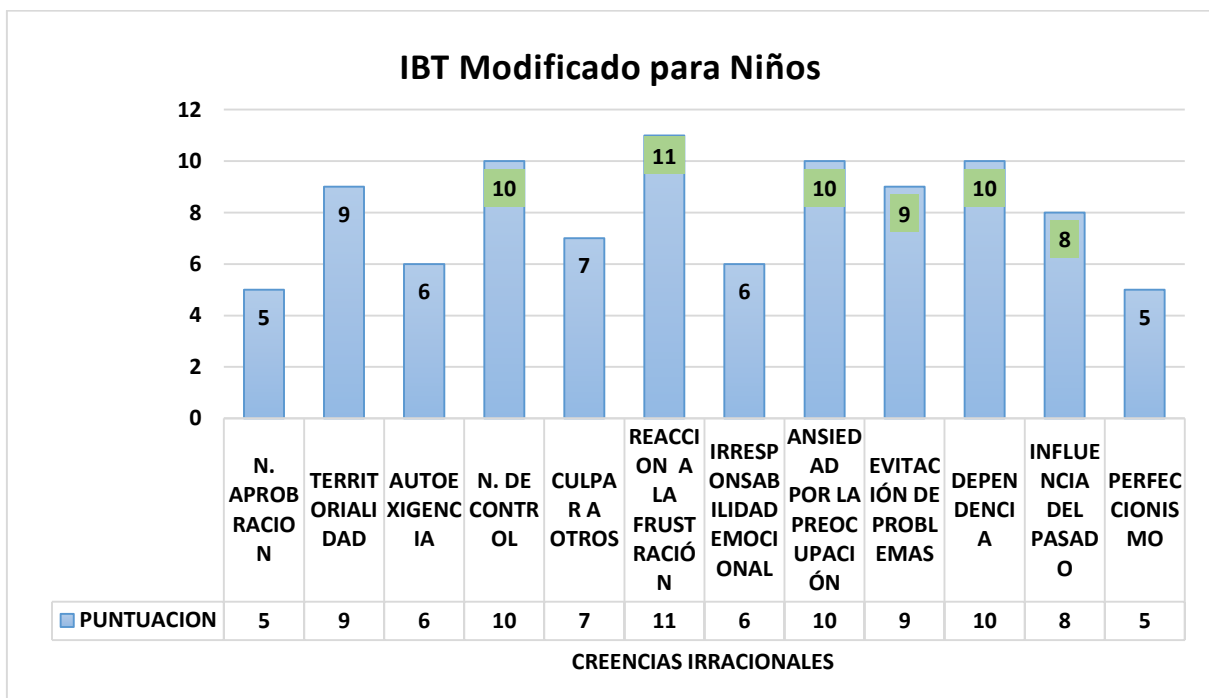
En la gráfica el nivel de Ansiedad tipo Estado se encuentra alto (52), mientras que el nivel de Ansiedad tipo Rasgo se encuentra medio (43), esta evaluación ayuda a confirmar la hipótesis de la afectación del paciente con relación a un cuadro de Ansiedad.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Tabla 3. IBT modificado para niños

<u>CREENCIAS IRRACIONALES</u>	MEDIA	PUNTUACION
NECESIDAD DE APROBACIÓN	7.8	5
TERRITORIALIDAD	10.7	11
AUTOEXIGENCIA	8.3	6
NECESIDAD DE CONTROL	7.1	10
CULPAR A OTROS	8.6	7
REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	10.0	11
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	5.3	6
ANSIEDAD POR LA PREOCUPACIÓN	8.7	10
EVITACIÓN DE PROBLEMAS	6.9	9
DEPENDENCIA	9.0	10
INFLUENCIA DEL PASADO	6.9	8
PERFECCIONISMO	6.5	5

Grafica 5. IBT Modificado para niños



5.6 EVALUACION MULTIAXIAL DSM V

309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación

Problemas relativos al grupo primario de apoyo: problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar.

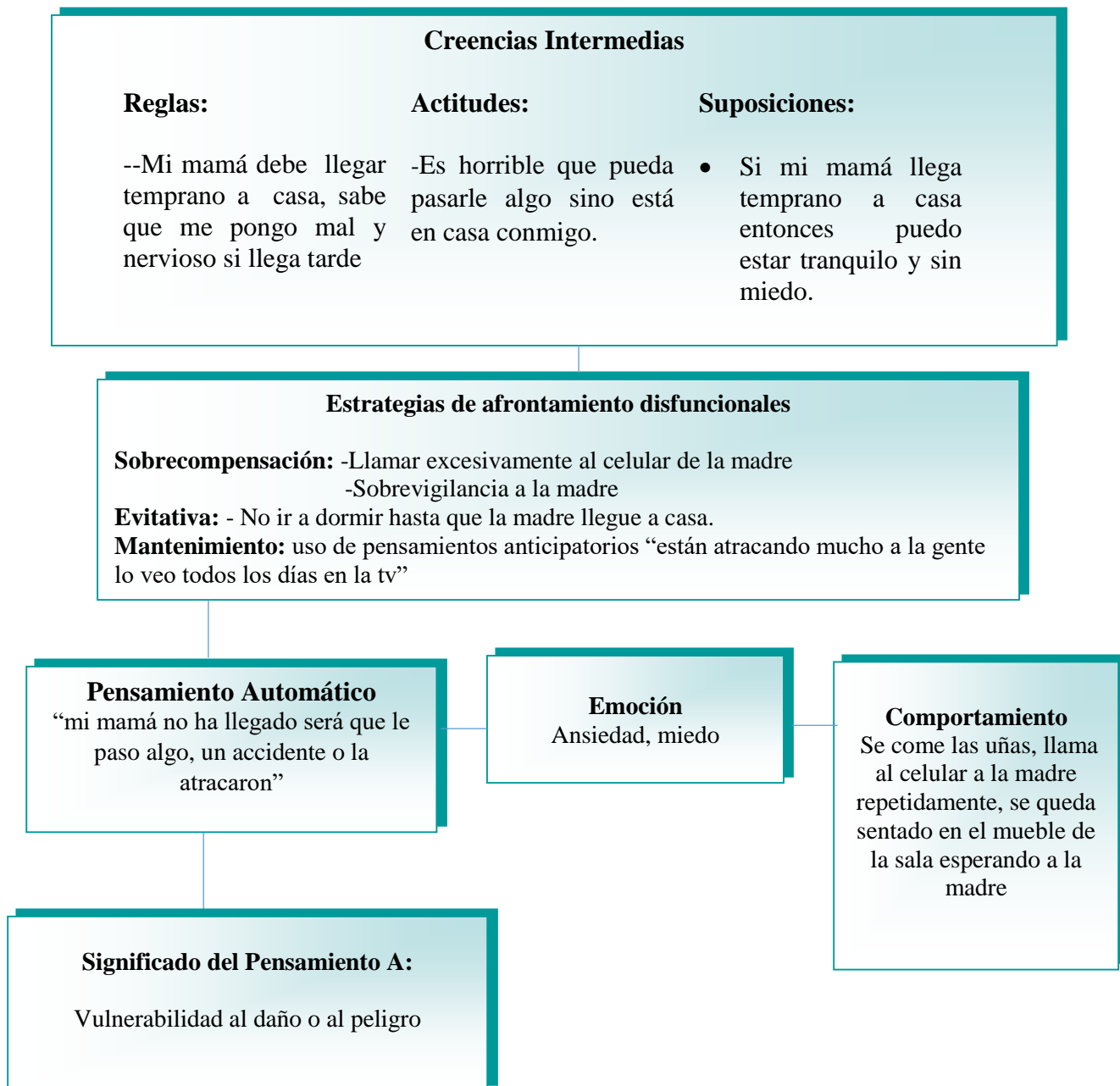
EEAG: 51-60 (Inicial)

EEAG: 71-80 (Actual)

5.7 FACTORES DE DESARROLLO

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES ADQUISITIVOS
<p>Respuestas de ansiedad y de miedo</p> <p>Dificultades en las relaciones familiares e interpersonales</p>	<p>BIOLÓGICO: Madre con cuadro clínico de depresión y ansiedad, vulnerabilidad biológica.</p> <p>PSICOLÓGICO: Vínculo afectivo de tipo inseguro, temperamento emocional ansioso.</p> <p>FAMILIAR: figura materna depresiva, evitativa y ansiosa, separación de los padres., ambiente familiar exigente y sobreprotector (abuela materna controladora)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelamiento de la madre de la respuesta de ansiedad y temor. • Aprendizaje por el modelo bifactorial de Mowrer (condicionamiento clásico y el condicionamiento operante) del miedo aumento de conductas de evitación. • Aprendizaje por observación: modelamiento de la vulnerabilidad al daño por parte de la madre.
	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
	<p>DISTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la madre enferma por cáncer de tiroides. • Separación de los padres. <p>PROXIMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padre se traslada a otra ciudad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos automáticos asociados a la vulnerabilidad al daño. • Estilo atribucional negativo • Baja tasa de refuerzos positivos de tipo afectivo en casa. • Conducta evitativa Reforzamiento negativo.

6. CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



6.1 FORMULACION CLINICA

En AB se evidencia un Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0), caracterizado por presentar una ansiedad excesiva ante la separación, alejamiento y temor de perder a las figuras paternas y de apego, que ha desencadenado en él un malestar significativo a nivel personal y familiar. Como se ha observado en la historia de AB se logra identificar una serie de factores determinantes en el desarrollo de este trastorno, en primer lugar hay una vulnerabilidad de tipo biológica y psicológica de ansiedad de parte de la madre, con exacerbación de mayor significado ante eventos de estrés, como el padecimiento de un cáncer de tiroides, luego la separación con el padre de AB, con respuestas de evitación, aislamiento, tristeza y angustia para afrontar los cambios vivenciados, eventos que afectaron de forma directa a AB desde hace 1 año y tres meses, la figura paterna ante la separación decide meses posteriores trasladarse a otra ciudad, viviendo nuevamente el paciente otro evento de separación significativo de excesiva relevancia para él que ha aumentado su nivel de ansiedad y de preocupación de no contar con el padre de forma constante y de presencia afectiva que sentía en el padre, ante el cambio AB presenta miedo a que el padre no vuelva a estar con él, que no tenga el mismo amor hacia él, ante la lejanía del padre AB ha incrementado la conducta de cuidados hacia la madre, preocupaciones y dependencia hacia ella, mantiene el temor de perderla por miedo a que vuelva a enfermarse o que le llegue a suceder algo mientras no esté en casa con él, se intranquiliza y se impacienta con alta frecuencia de forma diaria, con conductas de encerrarse por momentos en la habitación, con rabietas, celos, rebeldía, comportamientos de descuido hacia su autocuidado personal con la finalidad de obtener atención de la madre, quien lo refuerza varias ocasiones con refuerzos positivos de darle mayor atención cuando realiza conductas de protección hacia ella y de rabietas, la relación actual con la abuela materna se ha tornado para AB como difícil ante sentir por parte de esta figura familiar poco afecto y mayores exigencias en él desde hace varios meses, en especial desde que la madre empieza a trabajar y el padre se va del hogar, estableciendo un vínculo afectivo inseguro hacia la abuela motivo por el cual ha incrementado en el sentimiento de desamor, miedo e inseguridad que solo llega a obtener cuando la madre está con él. En el relacionamiento interpersonal AB ha venido mostrando sentimientos de inseguridad y necesidad de encontrar aprobación en su grupo de pares, preocupación excesiva con referencia a su auto esquema corporal, con aflicciones hacia su actual proceso de crecimiento y desarrollo y con necesidad de que la madre le ayude aumentar su autoestima con elogios y le confirme que luce bien (refuerzo positivo), pero cuando no ocurre este tipo de conductas cuidadoras de la madre se dice a sí mismo constantemente “soy flaco y feo” comenzando a evidenciar aparición de un estilo atribucional negativo.

Todos estos factores de vulnerabilidad biológica, psicológica, familiar y de las conductas adquiridas por el aprendizaje de tipo modelado de las respuestas de ansiedad de las figuras paternas, aprendizaje cognitivo de pensamientos automáticos anticipatorios y de tipo comportamental de conductas evitativas por condicionamiento clásico y operante (Modelo Bifactorial), han permitido mantener en AB el estado de ansiedad por separación, lo cual viene

repercutiendo de forma negativa en su estilo atribucional personal, aumento en los sentimientos de dependencia y miedos, que pueden repercutir en el desarrollo y establecimiento de las creencias intermedias asociadas al esquema de vulnerabilidad al daño y amenaza.

En el trastorno de ansiedad por separación y en especialmente en los niños las repercusiones que pueden estar implícitas en el curso de evolución de este cuadro clínico sin una intervención terapéutica, apunta a que pueden presentar riesgos de conductas suicidas (ideas o intentos auto-lesivos), como también la aparición en la adultez de conductas de sobreprotección parental y el intrusismo, por lo cual es importante dentro del plan de intervención el prevenir que se pueda llegar a instaurar en AB otros trastornos de ansiedad o trastornos a nivel afectivo (Depresión).

6.2 OBJETIVOS TERAPEUTICOS

- Reducir las respuestas de ansiedad y de miedo
- Mejorar las relaciones intrafamiliares

6.3 PLAN DE INTERVENCION					
PROBLEMAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICAS/ ESTRATEGIAS	SESION N°	INDICADORES C
RESPUESTAS DE ANSIEDAD Y DE MIEDO	Reducir las respuestas de ansiedad y de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir las respuestas de activación fisiológica: dolor de cabeza, agitación, ritmo cardiaco, opresión en el pecho, hormigueo en el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Psi-coeducación (videos) para el niño aprenda a identificar y a comprender mejor los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción. Técnicas de auto monitoreo. Entrenamiento en respiración y relajación. (Relajación muscular progresiva de Jacobson) 	1 y 2	<p>Autoconocimiento de la emoción de ansiedad en un 80%.</p> <p>-Disminución de las respuestas de activación fisiológica en un 30 %</p>
		<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la conciliación del ciclo del sueño y de permanecer en la habitación solo cuando es hora de dormir. 	El Gran Asustador	3, 4 y 5	Conciliación del sueño y de permanencia en su habitación en un 80%
		<ul style="list-style-type: none"> Disminuir y modificar las preocupaciones 	Reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas y de tipo	6, 7 y 8	Reestructuración de las preocupaciones excesivas en un

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		nes excesivas de perdida y daño a las figuras paternas.	catastróficas frente al tema de la muerte, daño y separación o perdida hacia las figuras paternas (metáforas e imágenes). • Los Anteojos • Detective de pensamientos		80%
		• Entrenamien to en habilidades de enfrentamien to y asertividad	• Entrenamiento en solución de problemas • Modelado • Role-playing	10 y 11	Aprendizaje de habilidades de enfrentamiento y asertividad en un 80%
DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES	Mejorar las relaciones intrafamiliares e interpersonales	• Informar, educar, concientizar y comprometer a los padres y cuidadores acerca del TAS y el manejo adecuado.	• Psico-educación en relación al Trastorno de Ansiedad por Separación a la familia (padres y abuelos) y de la importancia de la prevención de la instauración de trastornos de tipo afectivo (depresión) u otros con el abordaje terapéutico cognitivo-conductual.	1 y 2	Conocimiento adecuado y educativo sobre TAS y cómo manejarlo de forma asertiva en un 80%
		• Reestructurar cognitivamente las creencias de los padres y cuidadores con respecto al estilo	• Terapia Racional Emotiva en la familia. • Cuestionamiento socrático.	6 y 7	Credibilidad de las creencias disminuida a un 30%

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		Parental Sobreprotector, dependiente y evitativo y las dificultades familiares.			
		<ul style="list-style-type: none"> Entrenar a la familia en habilidades comunicativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelado (role play). Actividades de interacción familiar (tiempo de calidad y de compartir). Manejo de los refuerzos positivos para las habilidades comunicativas aprendidas. 	8 y 9	Mejorar la relación intrafamiliar en un 70%.
		<ul style="list-style-type: none"> Prevenir el trastorno depresivo y el esquema de vulnerabilidad al daño. 	<ul style="list-style-type: none"> retroalimentación con la familia del proceso terapéutico cognitivo conductual abordado en intervención del TAS y resaltar como el mantener las estrategias y herramientas aprendidas permiten un ambiente comunicativo, seguro, afectivo y de afrontamiento para AB que al mismo tiempo favorecerá la prevención de la depresión u otras clínicas. 	12	Prevenir la depresión y el esquema de vulnerabilidad al daño en un 90%.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y identificación de posibles situaciones de riesgo hacia la recaída, prácticas de las habilidades de afrontamiento (role-play) y repaso de las técnicas de control emocional y de las técnicas en el control de la respiración y relajación. 	13 Y 14	Prevención de recaída en 80%
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimientos con periodicidad inicial de 1 mes y posteriormente de 2 a 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a consulta. • Llamadas telefónicas 	15	

7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA SESIONES

SESIÓN No. 2

OBJETIVO ESPECIFICO: Disminuir las respuestas de activación fisiológica (Ansiedad y Miedo): dolor de cabeza, agitación ritmo cardiaco, opresión en el pecho, hormigueo en el cuerpo. Entrenamiento de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

AVANCE PREVIO: antes de esta sesión se trabajó con el paciente en la psicoeducación de los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción, al observar en AB la comprensión suficiente de lo orientado y la importancia de brindar estrategias de autorregulación emocional que pueda ir adquiriendo AB para la disminución de las respuesta de ansiedad, motivo por el cual se estableció para esta sesión el entrenamiento en la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. A continuación se transcriben los aportes de la intervención.

APORTES DE LA INTERVENCION:

T: hola AB, ¿Cómo estás?

P: bien, doctora

T: que bueno que hayas venido y poder vernos otra vez, para el día de hoy tengo una actividad que te voy a enseñar que se llama Relajación Muscular Progresiva de Jacobson es una técnica que nos ayuda a relajarnos cuando estamos preocupados, nerviosos, ansiosos, que es fácil de practicar en cualquiera de las situaciones que necesites estar más tranquilo, ¿estás de acuerdo?

P: sí.

T: ok, muy bien, primero vamos a comenzar a relajar diferentes partes del cuerpo, lo puedes hacer sentado como estas en estos momentos en la silla, extiende las manos sobre las rodillas.

P: así doctora.

T: si AB, lo has hecho súper bien, ahora vamos a continuar, con los siguientes pasos: 1 paso cierra las manos fuertemente hasta sentir tensión en ellas y vas mantenerlas así durante 10 segundos, después las vas soltar y abrir suavemente, luego nos ubicamos en los hombros: vas a encogerlos hasta donde más puedas, tratando de estar lo más cerca a las orejas y luego vas a ir liberando poco a poco tus hombros, ahora pasamos al cuello, lleva el mentón al pecho y luego vuelvo a subir lentamente, muy bien ahora abre la boca y saca la lengua y luego vuelve a su lugar, ahora vas a tomar aire para respirar, primero tomas o inspiras aire profundamente por la nariz por unos tres segundos y luego vas a soltar o exhalar este aire muy despacio por la boca y lo repetimos una vez más. Ahora continuamos la relajación con la espalda, vamos a inclinarla hacia adelante, mantenemos unos

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

momentos esta posición y luego regresamos nuevamente a su posición inicial, muy bien, ahora pasamos a los pies, estiramos los dedos de los pies poniéndonos en puntillas, aguantamos un momento y luego bajamos y volvemos nuevamente a la posición inicial.

T: ¿cuéntame AB como te sentiste con este ejercicio?

P: bien, pero quede algo cansado.

T: claro, es porque tensantes y relajaste varios músculos de tu cuerpo, es un ejercicio y un entrenamiento, que al inicio hacerlo se siente algo de cansancio pero con la práctica vas a ir logrando un mayor efecto de relajación y sobre todo utilizarlo en los momentos que necesites estar tranquilo y calmado, así disminuir los síntomas que me comentabas de dolores de cabeza, agitación ritmo cardiaco, opresión en el pecho, hormigueo en el cuerpo. Además este ejercicio también nos va ayudar mucho para cuando necesitemos estar con calma para enfrentar nuestros miedos.

P: ah como los que yo tengo, a chucky, quedarme solo en mi cuarto.

T: si así es AB, por eso es muy importante como todo aprendizaje nuevo requiere practicarlo constantemente y sobre todo que lo realices cuando te sientas tenso, ansioso, preocupado y saber cómo te va con este entrenamiento y si logras estar más tranquilo, teniendo en cuenta lo anterior vamos a dejar este ejercicio para practica en la casa, para que en la próxima sesión me cuentes como te fue con esta actividad. ¿Estás de acuerdo?

P: si de acuerdo doctora.

T: muy bien AB, entonces te espero en la próxima semana.

SESION 3.

OBJETIVO ESPECIFICO: mejorar la conciliación del ciclo del sueño y de permanecer en la habitación solo cuando es hora de dormir. Actividad “El Gran Asustador”.

AVANCE PREVIO: teniendo en cuenta el entrenamiento realizado en la anterior sesión con la relajación progresiva de Jacobson que integra a su vez el ejercicio y la práctica de respiración profunda, elementos fundamentales para afrontar de mejor forma la respuestas de activación fisiológicas de la ansiedad y ver en AB el dominio de la práctica realizada se determina para esta sesión la actividad del “El Gran Asustador”, como un ejercicio de ir llevando a AB a la exposición y al afrontamiento de los miedos identificados previamente en el de estar solo en la habitación por temor a la aparición de personajes monstruosos a la hora de ir a dormir, motivo por el cual viene afectando la conciliación del sueño y estar altas horas de la noche despierto con dificultad posterior para levantarse al colegio, AB es un niño que le gustan las historias y cuentos por lo cual este actividad es muy dinámica, practica y ubica al niño de forma sencilla y clara para entender y comprender que el miedo lo puede vencer sino cree más en el para vencerlo, empodera al niño de valentía, factores que ayudaran AB a enfrentar sus miedos. A continuación se transcriben los aportes de la intervención.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

APORTES DE LA INTERVENCION:

T: hola Ab, buenas tardes, me alegra volver a verte esta semana

P: buenas tardes, doctora.

T: ¿cuéntame cómo te ha ido esta semana?

P: bien, pero aún tengo miedo irme a dormir solo, mi mama me regaña porque no me voy a dormir y me cuesto tarde, pienso que en el cuarto esta chuky debajo de la cama.

T: ¿qué piensas de que este bajo la cama?

P: que me va salir y me va a coger y me va hacer daño y también a mi mama.

T: cuéntame has intentado hacer algo contra él.

P: noooo, me da mucho miedo, él es muy ágil y feo.

T: ok, te entiendo, pero teniendo en cuenta esto, recuerdas que la anterior semana practicamos el ejercicio de la relajación, me gustaría saber si lograste practicarla en casa.

P. pues lo hice como dos veces, una cuando mi mama no había llegado a casa porque estaba aun con unas compañeras de trabajo y estaba asustado y la otra fue cuando mi abuela me mando a acostarme a dormir porque tenía clases el día siguiente, con el ejercicio me sentí algo tranquilo pero aun debo practicar más.

T: muy bien AB, que bueno que lo practicaste en la semana, lo más importante es que aprendas que ya tienes esta herramienta para ayudarte a calmar y tranquilizar, que hay que continuar practicando y va a ser también fundamental para prepararnos para la actividad que vamos a iniciar el día de hoy que se llama “el gran asustador”.

P: ¡el gran asustador ¡ ¿y eso que es?

T: primero te voy a explicar lo que es el miedo, es una emoción a la que de ahora en adelante vamos a llamar: El Gran Asustador, este gran asustador quiere asustar a todo el mundo, este miedo tiene una misión que es asustarte...hacerte dar miedo. Si el miedo lo logra habrá ganado y por tanto habrá cumplido su misión. Imagínate que es como un juego, el miedo quiere ganarte, si lo logra y te asusta, el miedo te va ganando 1 a 0; si lo logra nuevamente, te va ganando 2 a 0; si nuevamente lo logra, te va ganando 3 a 0 y va a seguir así hasta que te pegue una gran paliza. Cada vez que lo logra te acobarda. Entonces AB para asustarte a ti, el miedo tiene que asustar a tu mente, a tu cuerpo y a tu comportamiento. Cuando el miedo asusta a tu mente pone pensamientos en ella, imagina que el miedo tiene una gran cantidad de películas asustadoras, que son los pensamientos, que pone la mente. Esas películas que el miedo pone en tu mente son pensamientos donde a ti o a tus papas les pasan cosas horribles y donde tú no eres capaz de hacer frente a esas situaciones. Además de asustar a tu mente AB, el miedo asusta también a tu cuerpo y a tu comportamiento, por eso cuando el miedo asusta hace que tu corazón lata más rápido, que tus manos suden, que

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

tengas una molestia en el estómago y te sientas tenso e inquieto, cuando el miedo asusta a tu comportamiento, te acobarda y te lleva a que te vayas y a que te retires de las situaciones, por lo tanto el miedo no quiere que tu enfrentes nada, te lleva a acobardarte y a retirarte. Bueno AB, ya estamos cansados de que el miedo nos gane siempre, vamos a intentar ganarle, para eso yo voy a ser tu entrenadora, es como si nos estuviéramos preparando para enfrentar un juego de verdad, ¡tienes que prepararte para ganar!, para ganar tú vas a hacer todo lo que yo te diga...si sigues mis instrucciones lograremos ganarle al miedo, tienes que ser como un buen deportista que hace caso a su entrenador. Sabemos que el miedo es un rival muy duro de vencer, no va a ser fácil, porque el querrá asustar con todo a tu mente, a tu cuerpo y a tu comportamiento. Yo como soy tu entrenadora, se cómo vencer el miedo, para eso te voy a explicar cuál es el punto fuerte de él, el punto fuerte del miedo es que tu creas en los pensamientos que él pone en tu cabeza, si tú crees en ellos, sin cuestionarle nada, sin hacerle ninguna pregunta, el miedo gana. El miedo quiere que tú no preguntes... solo busca que creas. Su poder no depende de él sino de ti, el miedo no tiene realmente poder, el poder se lo das tu cuando crees en él sin preguntarle nada, por eso el miedo quiere que tu creas, como sabe que él no tiene poder real de asustarte, no quiere que tú le preguntes nada. Él sabe que tú lo puedes vencer, por eso lo que busca es tratar de ser tan asustador, para que tú te asustes sin que te puedas defender, en realidad quien tiene miedo es él, porque sabe que en el momento en que no creas en él, ya no te podrá vencer. Entonces AB el arma secreta para vencer al miedo es no creer en los pensamientos que él pone en tu mente; para no creer en él vamos a hacerles unas preguntas que lo van a llevar a perder su poder, por ejemplo, cuando aparezcan esos pensamientos en tu mente, pregúntate ¿dónde está la prueba de que eso es cierto y está pasando?, el miedo no va querer responderte a esa pregunta porque sabe que no tiene ninguna prueba, sabe que si responde a esa pregunta perderá, por lo tanto va a querer asustarte sin contestar a tu pregunta, esa será su táctica. Vamos ahora a intentar ganarle al miedo, para ello vamos a ver cuáles son las situaciones en que el miedo aparece, veamos en que momentos te ha atacado el miedo?

P: pues, cuando tengo que irme a dormir a mi habitación pienso que debajo de mi cama esta chuky y me va a salir si estoy solo.

T: bueno, como vamos a intentar ganarle al miedo, tenemos que retarlo, vamos intencionalmente a provocarlo, porque ya sabemos que lo puedes derrotar, vamos directamente a retarlo en las situaciones donde él cree que es más fuerte, tienes que saber que si retas al miedo en su propia casa a él no le va a gustar, va a estar molesto, va a estar furioso, va pensar ¿pero cómo se atreve a retarme?... y ¿en mi propia casa?. Por eso el miedo va a atacar más fuerte que nunca, va a poner pensamientos en tu mente que no son verdad, va a asustar a tu cuerpo y a tu comportamiento, pero tú vas a estar allí, sabiendo tu gran secreto, ya sabes cómo derrotarlo. Cuando el miedo este allí, furioso y vociferando, tratando de asustarte, tú le vas a decir de forma muy firme: Gran Asustador ya no te temo, sé que todos los pensamientos que pones en mi mente son mentiras, y si no es así respóndeme a esta pregunta ¿Cuál es la prueba de que esos pensamientos son ciertos y están pasando?, ¡a ver, dame una prueba! No me das ninguna porque no la tienes, tú quieres que yo crea en ti sin tener pruebas, pero eso se acabó, ya no te creo. Muy bien AB, ya sabes cómo enfrentar y ganarle al miedo. Ya te enseñe como hacerlo, ahora debes

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

hacerlo tú solo, busca las situaciones que te dan miedo y enfréntalas, veamos cuales pueden ser los enfrentamientos que puedes hacer esta semana.

P: vencer a chuky, el muñeco diabólico.

T: muy bien, ya estás preparado para vencerlo, recuerda que su punto fuerte es asustarte sin que tú le cuestiones nada, recuerda que él no tiene poder, tú se lo das cuando crees en él. Si dejas de creer en él, se lo quitas y el miedo no será nunca más el Gran Asustador, recuerda que la forma de vencerlo es preguntarle por la prueba, espero que lo logres vencer y nos vemos la próxima semana para revisar cómo te fue, de acuerdo AB.

P: de acuerdo doctora, nos vemos la otra semana, chao.

SESIÓN 6:

OBJETIVO ESPECÍFICO: Disminuir y modificar las preocupaciones excesivas de pérdida y daño a las figuras paternas.

AVANCE PREVIO: antes de esta sesión se trabajó con AB en el entrenamiento de técnicas de relajación y respiración, como también la exposición del miedo a los muñecos monstruosos que permitió mejorar la conciliación del sueño y poder que AB este en la habitación, manifiesta alegría por poder vencer uno de sus miedos, luce motivado para seguir afrontando las preocupaciones y los temores, por lo cual se establece para esta sesión iniciar y abordar con el paciente la reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas de tipo catastróficas frente al tema de la muerte, daño y separación o pérdida hacia las figuras paternas. A continuación se transcriben los aportes de la intervención.

APORTES DE LA INTERVENCION:

T: hola AB, buenas tardes, ¿Qué tal te ha ido la semana?

P: uh hoy me siento mejor, aunque tuve temeroso hace dos días cuando mama no llegaba aun a casa temprano.

T: ¿cómo te sentiste ese día ante esa situación de que mama aun no llegaba a casa?

P: con mucho miedo y temor.

T: ¿Recuerdas que pensabas mientras mama aun no llegaba a casa?

P: qué tal que la atraquen y le roben todo lo que tiene y no pueda avisarnos, hay mucha violencia en la calle.

T: ¿Qué hacías mientras esperabas a mama?

P: estar despierto esperándola en mi habitación, estoy pendiente al celular de mi abuela o al fijo de la casa, por si alguna llamada de ella.

T: ¿y cómo te hace sentir esa situación de espera?

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

P: con enojo por no me gusta que llegue tarde porque me da miedo que le ocurra algo y no pueda ayudarla, ella me dice que no me preocupe y que me acueste tranquilo cuando llama a avisar.

T: ¿Qué es lo peor que podría pasar que mama no llegara a casa?

P: que le pase un accidente, que la atraquen y le hagan daño y por lo cual muera y no vuelva a ver.

T: ¿tienes alguna prueba que confirme que eso pueda ocurrirle? ¿Ya le ha pasado esto anteriormente a tu mamá?

P: noo... hasta el momento no le ha pasado nada de esto, solo que escucho mucho a las personas adultas hablar de atracos, robos y asaltos.

T: ¿mama se viene sola o acompañada cuando sale tarde para casa?

P: no, siempre la acompañan las amigas y la dejan en la casa

T: ¿y qué piensas que mama no se venga sola cuando sale tarde para la casa?

P: he, que busca venir acompañada para estar más segura y protegida.

T: ¿y cómo te hace sentir que mama no se venga sola para la casa?

P: pues más tranquilo, porque la acompañan sus amigas.

T: ¿y ahora que lo piensas así como te hace sentir?

P: mejor, con calma.

T: muy bien AB, la idea de este ejercicio es mostrarte como las personas nos acostumbramos a pensar e interpretar de una misma manera aun cuando no tenemos pruebas de que sea cierto eso que nos llegó a la mente y muchas veces esta forma de pensar nos hace sentir mal, esto puede ser porque frecuentemente nos equivocamos en la forma de pensar y muchas de esas ideas o creencias es tan firmes en nosotros que se vuelven como unos anteojos a través de los cuales vemos nuestra vida, ¿dime AB cómo vemos los personas cuando usamos unos gafas con lentes negros?.

P: pues se ve oscuro.

T: ok y ahora dime ¿cómo vemos las personas cuando usamos unas gafas con lentes transparentes?

P: se ve claro.

T: muy bien, pues las personas cuando tienen esas ideas y las ven con las gafas oscuras todo se vuelve más negativo y complejo, pero cuando las personas deciden ver y usar las gafas claras pueden ver mejor las cosas y tiene más posibilidades para afrontar de manera tranquila cualquier situación y no solo ver las negativas, catastróficas o terribles. Ahora

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

dime AB ¿cuál gafa estabas usando hace dos días cuando mama no había llegado aún a casa?

P: las gafas oscuras, porque solo veía y pensaba en que a mi mama le iba a pasar algo malo.

T: bien y ahora ¿qué gafas usaste al finalizar el ejercicio?

P: las gafas claras al pensar que mi mama no se viene sola siempre viene acompañada y por lo tanto se cuida.

T: que bueno AB, hoy has entendido y aprendido a utilizar este ejercicio de los anteojos para disminuir y cuestionar esos pensamientos anticipatorios de temor y daño hacia tus seres queridos que llegan a tu mente y que te permita estar más tranquilo, calmado y no interrumpa con los hábitos saludables que necesitan mantener para tu cuidado personal, como por ejemplo el irte a dormir temprano pese a que mama aun no haya llegado a casa. Como todo aprendizaje nuevo requiere de la práctica y para seguir ganando mayor destreza y habilidad de esta nueva herramienta que tienes ahora, la vas a continuar practicando esta semana en casa para que en nuestro próximo encuentro me cuentes como te fue y que te pareció y si funciono, ¿estás de acuerdo?

P: si doctora, de acuerdo

T: ok AB estamos en mutuo acuerdo, que tengas una feliz tarde, nos vemos en la próxima semana.

SESIÓN 7:

Objetivo específico: Reestructurar cognitivamente las creencias de los padres y abuelos con respecto al rol de Sobreprotector, dependiente y evitativo, también lograr la identificación de los pensamientos, emociones y conductas en cada uno de los integrantes de la familia que también fluctúan en el problemas identificados en AB.

AVANCE PREVIO: anteriormente a esta sesión psicofamiliar se realizó psicoeducación en relación al Trastorno de Ansiedad por Separación tanto a AB, como a la madre y a la abuela materna, el padre no ha podido asistir a las intervenciones de familia por residir por fuera de la ciudad, pero se le ha brindado toda la orientación e información por medio telefónico del proceso terapéutico que se ha venido realizado, la receptividad de la familia ha sido positiva hacia la psicoterapia y por lo cual se logró coordinar para esta sesión la reunión de la madre, abuela y ab, quienes son los que actualmente se mantiene en la convivencia en casa, se escoge para esta sesión iniciar la terapia racional emotiva con el objetivo de mejorar las relaciones intrafamiliares de AB. A continuación se transcriben los aportes de la intervención.

APORTES DE LA INTERVENCION:

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

T: muy buenas tardes, bienvenidos, mamá, abuelita y AB, sigan por favor, primeramente agradezco el haber acudido a este encuentro familiar, cuyo objetivo es fomentar espacios de diálogos, comunicación, conocimiento y aprendizaje sobre el proceso terapéutico de AB y especialmente sobre poder contribuir a través de la psicoterapia cognitiva-conductual a la familia las herramientas fundamentales para restablecimiento de los roles positivos y significativos que permitan contribuir a la disminución de los problemas que viene presentado AB en casa y en la interacción intrafamiliar como resultado del estado emocional llamado ansiedad. Es de vital importancia que para el desarrollo de esta sesión familiar nos permitamos escuchar y respetar los espacios de participación, ¿están de acuerdo familia?

AB: si doctora

MAMA: Si doctora

ABUELA: Si estoy de acuerdo

T. muy bien, ahora deseo escuchar cómo ustedes han afrontado hasta el momento, los dificultades que ha AB venia presentando?

ABUELA: bueno doctora, yo pienso que se han vivido cambios importantes y difíciles con la separación de mi hija con el padre de AB, creo que eso venia afectando a mi nieto, especialmente ese miedo constante a que la mama le pueda pasar algo si no ha llegado a casa, el no dormir hasta esperarla, en lo cual no estoy de acuerdo y realmente a mí me toca la mayor parte del tiempo cuidarlo y ser quien lo regaña constantemente, por lo cual poco me quiere obedecer y realmente espero que con esta terapia él pueda mejorar el miedo y las conductas de der obediente.

MADRE: doctora yo venía muy desesperada porque no sabía ya que hacer frente a los comportamientos de temor, miedo y que estaba viendo que aumentaban, llegando al punto de regañarlo constantemente o castigarlo por no estar durmiendo temprano o el esperarme para comer, el no querer ir solo a la habitación y pensar que me pueda pasar algo malo si no estoy junto a él o si no estoy en casa, realmente me di cuenta que debía buscar ayuda profesional para ayudar a AB porque sabía que las cosas podrían en empeorar, soy consciente que el suceso que afronte en primera instancia de mi enfermedad de cáncer y la separación de su papa en muy corto tiempo lo ha venido afectando.....(interrumpe la abuela).

Abuela: no es por nada doctora pero aún hay dificultades con el padre de AB, que se mantiene en poca comunicación con AB, eso también le genera tristeza y enojo, lo regaño cuando veo que adopta comportamientos de celar a la mama con la amigas y reclamos al llegar tarde a la casa, reconozco que tengo un temperamento fuerte.

T: es muy importante lo que han expresado madre y abuela en este espacio terapéutico de todas las diferentes situaciones que han afrontado y como han tratado de resolver las dificultades de AB, con llamados de atención y sanciones para hacer que las conductas de AB mejoren, ahora quiero saber AB ¿qué piensas de lo que han dicho mama y la abuela?

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

AB: que están preocupadas por mí y que quieren que deje el miedo y sea obediente, pero realmente para mí no es fácil, no quiero que mi familia se separe y especialmente me preocupo por la salud de mi mamá la cual debe seguir cuidando y por eso que yo me pongo bravo cuando veo que no ha llegado a casa a descansar y estar con ella, no quiero perderla.

MADRE: se AB que me quieres mucho y yo también a ti, pero no quiero que te pase igual que a mí, yo también sufro de ansiedad y lucho con ello para que no me gane y tampoco caer nuevamente en la depresión, sé que cuando estuve así afectó AB y por lo cual lucho para que el no afronte lo que a mí también me pasa y por lo cual a veces me siento culpable de lo que le está pasando a AB.

ABUELA: yo quiero decirle a mi hija que se y reconozco que soy exigente con ella y con AB porque siempre he pensado que ellos merece lo mejor, así me criaron desde pequeña y poco demuestro lo que siento, pero yo los quiero y por eso acepte venir a esta reunión porque se me necesita y debo también apoyar AB y verlo más tranquilo, sereno y sin temor que algo terrible pueda pasarle a su familia.

T: veo familia que han incorporado varios elementos ya abordados en la psicoterapia como poder identificar pensamientos, emociones y consecuencias que cada uno de ustedes ha tenido frente a la vida y a la situación actual, noto en AB disposición para seguir avanzando hacia los objetivos terapéuticos de disminuir las respuestas ansiosas como también mejorar las relaciones con la familia y de parte de ustedes una actitud de positiva y de compromiso hacia las indicaciones, orientaciones y actividades de practica que AB ya ha realizado, especialmente desde hoy el darse cuenta de lo que cada uno de ustedes cree o piensa como lo interprete de acuerdo a las creencias que han persistido en su aprendizaje y vivencia guía la emoción y por la tanto también repercute en la conducta, así sucede en estos momentos en AB con las respuestas ansiosas ante las situaciones temidas de separación de los seres queridos y que con ayuda de todos los aquí presente y del compromiso, apoyo y rol asertivo podemos prevenir la aparición de cuadros clínicos emocionales o anímicos de mayor afectación. Ha sido muy prospera esta sesión familiar, por lo cual los sigo motivando a continuar participando de las reuniones que vamos a seguir realizando por el bienestar de AB y de la familia. Muchas Gracias.

MADRE: Gracias doctora por permitirnos este espacio de dialogo, me ha gustado mucho.

ABUELA: También le agradezco todo el apoyo que le ha brindado a AB, estaré pendiente a toda las recomendaciones que nos brinde doctora, gracias.

AB: gracias doctora, ¿cuándo nos volvemos a ver?

T: la próxima semana a la misma hora, listo.

AB: listo, adiós doctora.

SESIÓN 10

OBJETIVO ESPECIFICO: Entrenar en habilidades de afrontamiento y asertividad al paciente.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

AVANCE PREVIO: antes de esta sesión se trabajó de antemano con AB la reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas y de tipo catastróficas, asegurando primero que AB adquiriera herramientas cognitivas que le permitan avanzar hacia el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento y asertividad, motivo por el cual se decide para esta sesión iniciar el entrenamiento de estas habilidades. A continuación se transcriben los aportes de la intervención.

APORTES DE LA INTERVENCION:

T: hola AB, buenas tardes, ¿cómo te ha ido esta semana?

P: más o menos.

T: ¿cuéntame que te ocurrió?

P: lo que pasa es que no me gusta hacer las tareas con mi abuela..., ella repite mucho y me pone practicar varias veces y me cansa, por eso le dije que quería hacer mejor las tareas con mi mamá cuando llegue del trabajo, pero ella le coloca las quejas a mi mamá y me terminan castigando quitándome la tablet.

T: ¿y cómo te sientes ante esto?

P: aburrido y enojado, mi abuela no me entiende.

T: ¿Qué piensas cuando que quitan la tablet?

P: que fue por mi abuela, al ponerle quejas a mi mamá.

T: ¿de verdad que es muy aburrido que le quiten lo que a uno más le gusta, pero has pensado o intentado manejar esta situación de otra forma?

P: como así, doctora, no entiendo.

T: ¿pues que si has intentado resolver esta situación de forma distinta que no sea con la lucha o la oposición a la abuela a la hora de estudiar?

P: nooo

T: ¿a ti te gustaría que la abuelita dejara de regañarte, de poner quejas a la mamá y no tengan por qué quitarte lo que más te gusta?

P: síiii, claro sí

T: muy bien AB, viendo que estas interesado y dispuesto en encontrar juntos una estrategia que permita mejorar la relación con la abuelita, que hagas las tareas y no te quiten lo que más te gusta, ¿que se te ocurre?

P: eh, que mi abuela me deje primero descansar media hora después que llego del colegio.

T: muy bien, ¿y en qué forma se lo puedes expresar?

P: con respeto, cariño y claro.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

T: ¿y cómo te comportabas antes?

P: no le prestaba atención, colaba mi cabeza sobre la mesa y me quedaba dormido.

T: cómo crees tú si te colocas ahora por un momento en los zapatos de tu abuelita al ver que no le prestan atención a lo que está explicando, ¿cómo te sentirías?.

P: pues bravo, no me gusta que no presten atención.

T: ok, así también se puede sentir la abuelita cuando no le prestas atención para hacer las tareas. Ahora AB ¿Cómo crees tú que puedes pedirle a la abuelita que te ayude a estudiar sin regañarte?

P: le digo: abuelita por favor me dejas descansar primero media hora para acostarme a dormir y me levanto a las 2.30 pm, le sonrío y le prometo que estaré despierto a esa hora. También que me gustaría decirle que si termino pronto las tareas que me diera permiso de ir a jugar con mis amigos un rato, creo que así los dos estaremos contentos, solo falta que mi abuela si me escuche.

T: ¿necesitarías incluir a alguien más en este proceso de resolución de conflicto?

P: Si me gustaría también incluir a mi mama para poder llegar a un acuerdo con ambas, sé que a mi mama estará más contenta si llega a casa y mi abuela deja de ponerle quejas de que no quise hacer las tareas con ella, porque sé que mi mama a veces llega cansada y en la noche a mí también me empieza a dar sueño.

T: muy bien AB, me alegra escucharte estar de acuerdo para el dialogo que permita que puedas aprender afrontar y solucionar los problemas que surgen en la convivencia con nuestros seres queridos y cuidadores en casa de una forma asertiva y no agresiva, porque cuando actuamos de forma poco asertiva, bajo la emoción del enojo, rabia o ira se nos aumenta los problemas y nos quita tiempo para estar felices, estás de acuerdo con estos.

P: ok doctora, quiero poder hablar con mi abuela y mi mama sobre este plan para todos nos pongamos de acuerdo.

T: listo, me parece genial que quieras compartirlos con ellas, para lo cual en la próxima sesión les explicaremos los objetivos y todos vamos van a asumir un rol para la práctica del este ejercicio en casa, te parece AB.

P: me gusta doctora se ve chévere, será más divertido.

T: ok AB quedamos con este compromiso pendiente para la reunión familiar, pero puedes ir practicando tú solo en casa, las conductas que mayor obediencia, respeto, escucha a la abuelita y a la mamá, ¿te comprometes?

P: siiiii

T: muy bien, entonces nos veremos en la próxima semana.

8-MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

8.1 CONCEPTUALIZACIÓN HISTORICA Y TEORICA DE LA ANSIEDAD

8.1.1 La ansiedad

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días. En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986).

La ansiedad es, sin lugar a dudas, uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo (Jablensky, 1985; Lewis, 1980).

Desde un punto de vista etimológico, la palabra “ansiedad” tiene un antepasado directo en latín, *anxietas*. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea *angh* de la cual se deriva no sólo —y aquí está lo interesante— el vocablo *anxietas*, sino también la palabra *ango*, angustia. Ambos términos, como lo señalara Pichot (1999), eran utilizados de manera indistinta para hacer referencia a diferentes significados, tal como puede rastrearse en textos de autores clásicos como Cicerón o Virgilio: *constricción* —*angostamiento*, *achicamiento*— y *sufrimiento*. Y es justamente esta ambigüedad de significados y de términos (*ansiedad/ angustia; constricción/sufrimiento*) la que atravesará toda la historia del concepto y que llegará hasta nuestros días.

Berrios (2008) explica que las conductas “de tipo ansioso” —“inquietud y desasosiego”, según el autor— pueden ser rastreadas en la bibliografía de distintos momentos históricos. En efecto, desde los primeros textos atribuibles a la disciplina médica occidental, se hacía referencia a estados de angustia o aflicción que acompañaban el curso de distintas enfermedades físicas, aunque no necesariamente eran circunscriptos a cuadros mórbidos específicos. Por ejemplo, en el siglo V a. C., en *Aforismos y sentencias* Hipócrates señalaba sobre un enfermo: “En el [día] tercero estuvo muy caído, tuvo sed, congoja en el estómago, mucha inquietud y aflicción con angustias, deliró” (enfermo vigesimosegundo). Asimismo, tal como plantean Papakostas, Eftychiadis, Papakostas y

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Christodoulou (2003), también pueden observarse condiciones homologables a estados de ansiedad en textos de Sófocles, Platón o Arateo.

La ansiedad es ubicua a la condición humana. Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente, los médicos así como los científicos médicos y sociales han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad. En la actualidad, como nunca antes, los sucesos graves provocados por desastres naturales o por crueles actos delictivos, de violencia o terrorismo han creado un clima social de miedo y ansiedad en muchos países alrededor del planeta. Los desastres naturales como los terremotos, huracanes, tsunamis y similares tienen un importante impacto negativo sobre la salud mental de las poblaciones afectadas, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, generando síntomas de ansiedad y estrés postraumático, y, sobre todo, durante las semanas inmediatamente posteriores al desastre (Norris, 2005).

La ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. En la Tabla 1.3 se enumeran los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro (Beck et al., 1985, 2005).

El miedo, la ansiedad y la preocupación, sin embargo, no son dominio exclusivo del desastre y de otras experiencias que conlleven riesgo vital. En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. De hecho, los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos (Barlow, 2002), padeciendo más de 19 millones de americanos adultos un trastorno de ansiedad por año (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001).

En este orden la ansiedad encierra un conjunto de manifestaciones que afectan el estado anímico del individuo, generando problemáticas en cuatro áreas específicas, a saber: El control psicológico, en donde se hace presente la inquietud interna, el miedo a perder el control de las situaciones, pensamientos distorsionados y temor a aspectos como la muerte, la locura y el suicidio; el control de la conducta, debido a que el sujeto se encuentra en constante estado de alerta e hipervigilancia dificultando su reacción efectiva ante el peligro. La tercera área hace referencia al compromiso cognitivo, ya que el procesamiento de la información se encuentra invadido por pensamientos preocupantes, negativos o ilógicos; y, el control asertivo, desarrollando hostilidades frente al ambiente social (Torres y Chávez, 2013).

8.1.2 Ansiedad y Miedo

La psicología relativa a la emoción es rica en perspectivas diversas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones humanas. Todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo

como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica. Advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Sin embargo el miedo también puede ser maladaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. En consecuencia, dos son las cuestiones fundamentales para cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal.

Barlow (2002), en su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos.

Beck, Emery y Greenberg (1985) propusieron un punto de vista levemente distinto sobre las diferencias entre miedo y ansiedad. Estos autores definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada” (1985, p. 8, énfasis del original). La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9). Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Beck et al. (1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo.

8.1.3. Aspectos biológicos de la ansiedad

Las respuestas fisiológicas automáticas que normalmente ocurren en presencia de una amenaza o de un peligro se consideran respuestas defensivas. Estas respuestas, observadas tanto en animales como en humanos en los contextos que provocan miedo, conllevan una activación autónoma que prepara al organismo para afrontar el peligro huyendo (es decir, huída) o confrontando directamente el peligro (es decir, lucha), un proceso conocido como respuesta de “lucha o huída” (Canon, 1927). Las características conductuales implican primordialmente las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad. Las variables cognitivas aportan la interpretación lógica de nuestro estado interno como de ansiedad. Por último, el dominio afectivo se deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa.

La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000). Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow, 2002).

8.1.4 Sistemas de neurotransmisores

Los sistemas de neurotransmisores como la benzodiacepina-gamma-ácido aminobutírico (GABA), noradrenérgico y serotoninérgico, así como la vía de descarga de corticotropinas, son importantes para la biología de la ansiedad (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). El sistema neurotransmisor serotoninérgico ha captado la atención de los estudiosos de la ansiedad y la angustia. La serotonina actúa como una ruptura neuroquímica sobre la conducta, de modo que el bloqueo de los receptores de serotonina se asocia con la ansiedad en los humanos (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). Aunque los niveles bajos de serotonina han sido considerados como un elemento decisivo en la ansiedad, las pruebas neurofisiológicas directas no son definitivas en lo que respecta a la aparición de anomalías en la serotonina en trastornos de ansiedad como el TAG, en comparación con los controles (Sinha, Mohlman & Gorman, 2004). El sistema serotoninérgico se proyecta sobre diversas áreas del cerebro que regulan la ansiedad como la amígdala, las regiones septo-hipocámpal y cortical prefrontal y, por lo tanto, puede influir directamente sobre la ansiedad o indirectamente alterando la función de otros neurotransmisores (Noyes & Hoehn-Saric, 1998; Sinha et al., 2004).

8.1.5 componentes de la ansiedad

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot, 1986). Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: subjetivo (o cognitivo), fisiológico (o somático) y motor (o conductual). De forma resumida, el contenido de la ansiedad según estos sistemas es como sigue:

1. Subjetivo-cognitivo. También denominado verbal cognitivo, es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Así, por ejemplo, a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo (Lewis, 1980).

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

2. Fisiológico-somático. La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

3. Motor-conductual. Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

Un amplio número de investigaciones centradas en el triple sistema de respuesta de la ansiedad tienden a sugerir que las tres modalidades pueden estar disociadas, esto es, pueden no covariar entre sí (fenómeno conocido como fraccionamiento de respuestas) (Carrobbles, 1981; Hugdahl, 1981). La asincronía entre los tres modos de respuesta, y en conjunto el propio modelo, ha sido criticado y cuestionado por algunos autores (Hugdahl, 1981; Williams, 1987). No obstante, la disociación entre los tres tipos de respuesta parece estar bastante aceptada en el ámbito científico. Un área de investigación derivada de este fenómeno se relaciona con la búsqueda de patrones o perfiles de respuesta diferenciales en los pacientes con trastornos de ansiedad. A este respecto, se han señalado perfiles cognitivos, fisiológicos y conductuales de acuerdo con el predominio de los diferentes sistemas.

Rachman (1976) refirió ocho patrones de respuesta de la ansiedad, si bien únicamente cuatro poseen valor clínico (por presentar elevado el componente cognitivo). La relevancia y utilidad clínica de dichos patrones ha sido documentada por diferentes grupos de investigadores, tales como el grupo de Larry Michelson de la Pennsylvania State University (Estados Unidos), o el de Lars-Göran Öst de la Universidad de Uppsala (Suecia). La importancia de los perfiles de respuesta se ha demostrado: 1) a nivel de diagnóstico (separar grupos de pacientes); 2) implementación de tratamientos (mayor eficacia del tratamiento maximizando la consonancia perfil terapia; por ejemplo, en un paciente que exhiba un perfil cognitivo puede maximizarse el beneficio terapéutico incluyendo técnicas de reestructuración cognitiva), y 3) pronóstico (a mayor concordancia, mejor pronóstico terapéutico). Para una presentación extensa sobre la relación entre perfiles de respuesta y tratamiento de la ansiedad, véase Sandín y Chorot (1986).

8.2 TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional.

8.2.1. Enfoque psicoanalítico

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza. Además, Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. Con respecto al primero, señala que produce la ansiedad objetiva o miedo de (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988); dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello. 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

8.2.2 Enfoque conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la

conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que eliciten a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto. En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

Durante muchas décadas los psicólogos experimentales basándose en la teoría del aprendizaje han demostrado que las respuestas de miedo pueden ser adquiridas a través de un proceso de aprendizaje asociativo.

8.2.2.1 Teorías de Aprendizaje

a. Condicionamiento Clásico: Modelo de Watson y Rayner

Watson y Rayner (1920) establecieron en su clásica publicación sobre el aprendizaje del miedo en el pequeño Albert los principios del modelo de condicionamiento pavloviano de las fobias. Estos autores formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo («principio de equipotencialidad»), inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos (elicitadores naturales de miedo o dolor; estímulos incondicionados, EI). Un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado (EC) de miedo, por lo que su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas (RC) de temor. Por esto, la ansiedad es entendida como una respuesta emocional condicionada. Tres de las características principales de este modelo son: 1) la repetición de la asociación entre los EC y los EI incrementará la fuerza de la RC de miedo; 2) las reacciones de miedo fóbico se favorecen cuando la intensidad de miedo inducido por los EI es elevada (EI traumáticos), y 3) otros estímulos neutros similares a los

EC pueden elicitar reacciones de miedo, siendo éstas mayores a mayor semejanza con los EC.

b. Condicionamiento Clásico y Operante: Modelo Bifactorial Mediacional

Si bien en principio parecía aceptable el modelo de condicionamiento clásico para explicar el origen y mantenimiento de las fobias, algunos de sus principios no resultaban satisfactorios para dar cuenta del desarrollo etiológico real de estos trastornos. En consecuencia, pronto surgieron alternativas a esta teoría; una de estas formulaciones incluía los principios del condicionamiento operante, además del ya mencionado condicionamiento pavloviano. Esta nueva aproximación teórica estuvo representada por el modelo bifactorial mediacional de Mowrer (1939, 1960), el cual ha sido considerado como el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad (el primero es el de Watson y Rayner). El modelo de Mowrer se apoya básicamente en el paradigma de evitación activa (el sujeto aprende a escapar del estímulo elicitor de miedo y a evitar el estímulo incondicionado). El modelo explica el fenómeno de no-extinción de la respuesta condicionada de miedo típica de los trastornos de ansiedad, fenómeno no aclarado por el modelo de condicionamiento clásico de Watson. Es una teoría de dos factores (bifactorial) porque implica tanto al condicionamiento clásico como al operante, dos formas de aprendizaje estrechamente relacionadas pero esencialmente diferentes

8.2.3. Enfoque cognitivo

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

Las situaciones que elicitaban una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que

acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza.

El modelo cognitivo asegura que el problema central de los trastornos de ansiedad está en la activación de los esquemas hipervalentes de amenaza que presentan una perspectiva exageradamente peligrosa de la realidad y un punto de vista débil, indefenso y vulnerable de uno mismo (Beck et al., 19985, 2005).

8.2.4 Enfoque cognitivo-conductual

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad. En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

8.2.5 La conceptualización y ordenamiento de los trastornos de ansiedad

El panorama del diagnóstico de los trastornos de ansiedad cambia drásticamente a partir de 1980 con la publicación por la APA de la tercera edición del DSM. Se organiza definitivamente el grupo de los «trastornos de ansiedad», independientemente de otros trastornos tradicionalmente neuróticos. Pero tal vez lo que más significó el DSM-III para los trastornos de ansiedad fue un cambio conceptual: descripción específica de los

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

trastornos de ansiedad con criterios diferenciales claros y operativos, y supresión del concepto psicoanalítico de neurosis como entidad causal relevante. Precisamente el carácter atórico (no doctrinal) del DSM-III es uno de los fenómenos que justifican el enorme éxito de este manual de diagnóstico. Podríamos decir que a pesar de sustentarse sobre una estructura clasificatoria categorial, gracias al DSM-III claudicó la Babel de los trastornos de ansiedad; por fin, los investigadores (y los terapeutas) comienzan a hablar un lenguaje común. Los estudios sobre fiabilidad y validez de los diagnósticos de ansiedad comienzan a tener relevancia a partir de este momento.

Los trastornos de Ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular^ vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces; el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más).

Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

El abordaje de los trastornos de ansiedad requiere la realización del diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, asociados al uso de sustancias y/o enfermedades orgánicas, en los cuales se puede advertir ansiedad clínicamente significativa secundaria a la enfermedad de base, generando modificaciones en la intervención como la evolución (Téllez, López, Moix, Villena, Parraga y Morena, 2007).

En la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMV) (American Psychiatric Association, 2013) los Trastornos de ansiedad reciben una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos. Así por ejemplo, se incluye dentro de estos, trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”, como lo son el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo; además de ello, se incluyen tres tipos de escalas/inventarios de cuantificación, uno de los cuales hace referencia a una medida global de discapacidad, no específica para los Trastornos de Ansiedad, de aplicación general a cualquier persona en sospecha de algún tipo de afectación funcional por la razón que sea, que valora el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida.

La ansiedad por separación y el mutismo selectivo (anteriormente dentro del grupo de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia), se incluyen dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Desorden de pánico y la agorafobia no están ligados en el DSM5.

Los diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico en DSMIV se sustituyen en DSM-5 por dos diagnósticos: trastorno de pánico y agorafobia, cada uno con criterios diagnósticos diferentes. La redacción de los criterios se modifica para representar de manera más adecuada la expresión de los síntomas de ansiedad de separación en la edad adulta.

8.2 La conceptualización del Trastorno de Ansiedad en la Infancia

La ansiedad pasa a tener una connotación negativa cuando se convierte en patológica, es decir, cuando la misma es desproporcionada con respecto al estímulo, de muy larga duración o genera un fuerte padecimiento en el individuo (Bulacio, 2004). Cuando la activación generada por la ansiedad es muy intensa o prolongada en el tiempo, el rendimiento cognitivo del individuo empieza a decaer de manera considerable (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Por su parte, los trastornos de ansiedad en la infancia siguen una evaluación natural, que, de no recibir tratamiento oportuno, puede derivar en complicaciones en Trastorno de Ansiedad Infantil las diferentes esferas de su desarrollo y en su funcionamiento en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, incidiendo además negativamente en el desarrollo del concepto de sí mismo, su autoestima, el funcionamiento interpersonal y la adaptación social. El marco de trastornos de ansiedad infantojuvenil incluyen trastornos de inicio específico en estas etapas de la vida, por ejemplo el trastorno de separación y otros con expresión sindrómica semejante a los trastornos de ansiedad en el adulto como es el caso del trastorno de pánico (Begoña, 2005).

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Se ha subestimado el padecimiento de la ansiedad en los niños en parte debido a la presencia de una gran variedad de miedos en los mismos que son prácticamente universales y considerados normales (Méndez, Olivares & Bermejo, 2011). Los miedos van modificándose a medida que el infante avanza en el proceso evolutivo (Méndez, 1999). Edad de Miedos De 0 a 2 años pérdida brusca de la base de la sustentación, ruidos fuertes, extraños, separación de los padres, heridas, animales, oscuridad. De 3 a 5 años Disminuyen: Pérdida del soporte, extraños. Se mantienen: Ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. Aumentan: Daños físicos, personas disfrazadas. De 6 a 8 años Disminuyen: ruidos fuertes, personas disfrazadas. Se mantienen: separación, animales, oscuridad, daño físico. Aumentan: seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres, etc.), tormentas, soledad. De 9 a 12 años Disminuyen: separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. Se mantienen: animales, daño físico, tormentas. Aumentan: escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales, muerte. De 13 a 18 años Disminuyen: tormentas Se mantienen: animales, daño físico. Aumentan: escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte. Por este motivo, para los niños, es considerada adecuada y esperable para el desarrollo normal, ya que los mismos, además, tienen una frecuente exposición a situaciones nuevas y de evaluación (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Los trastornos de ansiedad en los niños se dan cuando los miedos son excesivos e influyen negativamente en su capacidad para realizar las tareas esperables para su edad, los mismos se pueden tratar de miedos particulares específicos o por expresarse los esperables por su edad de manera desproporcionada (Méndez, Oliveres & Bermejo, 2011). Los trastornos específicos de aparición exclusiva durante la niñez son el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo (Kaplan & Sadock, 2007).

Los trastornos de ansiedad tienen una gran prevalencia tanto en chicos como adolescentes, a partir de lo cual se han realizado diversas investigaciones relacionadas con su etiología, desarrollo y perpetuación (Cummings, Kendall, Villalbo & Wei, 2014). A partir de la importancia que reside en el contexto se determina también, en los chicos, la importancia de las características personales de los padres como de la interacción dentro del sistema o frente a los niños (Olledick & Benoit, 2012). Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en diferentes muestras de niños y adolescentes varían del 10 al 20%, lo que ubican a los mismos entre los más altos en ese rango etario (Allan, MacPherson, Young, Lejuez & Schmidt, 2014). El desarrollar un trastorno de ansiedad durante la niñez incrementa la probabilidad de un problema depresivo o mismo de diferentes tipos de trastornos ansiosos, como también problemas sociales, académicos y laborales durante la etapa adulta (Allan, MacPherson, Young, Lejuez & Schmidt, 2014). Características a observar frente a un niño y su experiencia ansiosa son el temperamento del mismo, la ansiedad parental, el proceso de apego entre la díada padres-hijos, los sesgos en el procesamiento de la información y las propias conductas parentales (Olledick & Benoit, 2012).

La ansiedad parental es entendida como un factor de riesgo importante, como lo son, en mayor o menor medida, muchas de la patologías psicológicas, ya que ayuda a

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

generar un vínculo entre los padres y los niños que se encuentra marcado por esta característica, ayudando a que se desarrolle una mirada ansiosa hacia el entorno (Kaplan & Sadock, 2007).

Los sesgos en el procesamiento de la información son maneras distorsionadas de ver la realidad, se tratan de formas constantes y fuertemente arraigadas en el individuo que inducen a pensamientos automáticos que brindan información sobre estos errores sistemáticos (Ollendick & Benoit, 2012).

Aunado a ello, todos los trastornos de ansiedad están acompañados de una anticipación de la amenaza, la cual toma diferentes formas de preocupación, rumiación del pensamiento, expectación ansiosa, o pensamientos negativos de acuerdo al contenido de sus creencias. De acuerdo a Rapee (2016) “es común que muchos niños ansiosos, especialmente aquellos que se preocupan de manera considerable, tengan problemas con el sueño”.

Dentro de las conductas parentales, se sostiene que cuando las mismas se encuentran orientadas por el miedo o presentan estrictos controles sobre las conductas del niño, tienden a verse reflejado en él, un incremento en el nivel de ansiedad al no sentirse posibilitado de afrontar los inconvenientes desde sus propias capacidades (Thirlwall & Creswell, 2010). La conducta tanto verbal como no verbal por parte del mayor tiende a generar una evaluación cognitiva por parte del niño de las situaciones como amenazantes o irresolubles (Cummings, Kendall, Villalbo & Wei, 2014).

Friedberg y McClure (2005) indican una alta prevalencia de bajos niveles de estima personal en los chicos que padecen trastornos de tipo ansioso. Por esta serie de motivos mencionados, cualquier proceso terapéutico que deba hacer frente a un inconveniente padecido por un niño debe ser evaluado desde su interacción dentro de su contexto natural, teniendo en cuenta la complejidad sistémica de estos entornos (Ronen, 1998). Bunge, Gomar y Mandil (2011), sostienen que el Trastorno de Ansiedad Generalizado, el Trastorno de Ansiedad por Separación como la Fobia Social en niños suelen tratarse desde acercamientos similares con buena respuesta de los pacientes aquejados de los mismos, ya que se hace foco en la ansiedad subyacente y, en reiteradas ocasiones, suelen ser comórbidos entre sí, raramente se encuentran de manera aislada.

Se debe también tener en cuenta que los niños llegan a la terapia de manera diferenciada a los adultos, normalmente derivados desde los dispositivos escolares, o llevados por la misma familia, sin que sea algo usual la posibilidad de encarar el proceso terapéutico desde una motivación personal, por lo cual se deben utilizar refuerzos explícitos a fin de poder lograr que los niños se mantengan motivados y focalizados (Friedberg & McClure, 2005).

8.3 Tipo de apego y su relación con el TAS:

Lorenzini y Fonagy (2014) sostienen que “la teoría del apego, concebida por John Bowlby (1969), se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”: padres, hijos y parejas sexuales” (p. 3).

Bowlby (1979) y Ainsworth (1989) como se citó en Vega, Roitman y Barrionuevo (2011), indican que existen tres tipos de apego. Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellas cuentan con cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.

En el apego inseguro-evitativo, la conducta tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores, resultan convenientes los términos “retracción” “huida”, “evitación” o “inmovilización”, donde a menudo la conducta se caracteriza por agresividad y la desobediencia; estos niños son propensos a tomar represalias. Este tipo de desarrollo es mucho más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que en ellas ocurre a la inversa con una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad.

Por último, está el apego ansioso-ambivalente; los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues desean tener la interacción e intimidad al mismo tiempo que tienen un intenso temor de que ésta se pierda.

El segundo tipo de apego inseguro-evitativo caracteriza a individuos dependientes, extrovertidos pero mal socializados y con tendencia al desajuste emocional. Así mismo, el trastorno de la personalidad con abuso de sustancias o alcohol se asocia al estilo inseguro-evitativo, ya que las personas que han desarrollado este tipo de apego suelen negar o minimizar las amenazas del ambiente (Lorenzini y Fonagy, 2014).

El apego inseguro-evitativo también suele caracterizar a las relaciones co-dependientes. Así lo afirman Salas y García (2012) cuando describen la “absorción emocional” que tiene lugar cuando al niño no se le permite separarse de la madre o figura protectora en el momento oportuno para permitir que se convierta en una persona independiente. Esta persona no confiará en sus propios sentimientos, capacidades y decisiones para guiar la propia vida. La manera de compensar estas carencias y falta de confianza será volverse excesivamente dependiente de personas inadecuadas y cosas externas para llenar el vacío del alma, como comida, trabajo, juegos, gastando mucho dinero, drogas, alcohol, etc. Depender de algo externo para llenar el vacío, se convierte en una adicción (Escamilla, 2007, como se citó en Salas y García, 2012).

Becerril y Álvarez (2012) llaman “enredo simbiótico” a la co-dependencia. Aseguran que: “hace al individuo proclive a las relaciones destructivas, a emociones negativas, a alteraciones mentales y a una vida de fantasía pero sin una gestión real de la situación” (p. 12).

Es así como un apego inseguro-evitativo reduce las capacidades de alcanzar la autonomía emocional, definida por Fernández 2013 como:

La capacidad de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Incluye la capacidad para asumir las consecuencias que se derivan de los propios actos, es decir, responsabilidad. La persona que tiene autonomía emocional se constituye en su propia “autoridad de referencia”. La autonomía emocional es un estado afectivo caracterizado por gestionar las propias emociones, sentirse seguro sobre sus propias elecciones y objetivos. La autonomía emocional se puede entender como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal: autoconocimiento, autoconciencia, autoaceptación, autoestima, autoconfianza, automotivación, autoeficacia, responsabilidad, actitud positiva ante la vida, análisis crítico de normas sociales y la capacidad para buscar ayuda y recursos (p. 10).

8.4 Estilo de crianza y su relación con el TAS

Inicialmente, es necesario revisar los estilos de crianza desde la teoría formulada por Baumrind (1966) como se citó en Capano, Del Luján y Massonnier (2016). Diana Baumrind identificó tres estilos parentales o de crianza:

Democrático: Los padres que ejercen el estilo democrático, caracterizado por el afecto, control y exigencia de madurez, tienen hijos con un mejor ajuste emocional y comportamental. Estimulan la expresión de las necesidades de sus hijos, promueven la responsabilidad y otorgan autonomía. Logran en éstos una mejor adaptación y una menor propensión a experimentar ira o frustración o a manifestar problemas como la agresión. Este estilo tiene un impacto muy positivo en el desarrollo psicológico de los hijos, quienes manifiestan un estado emocional estable y alegre, elevada autoestima y autocontrol, un nivel superior de razonamiento moral y menos conductas externalizantes e internalizantes, así como menor nivel de estrés cotidiano, principalmente cuando ambos padres se manejan desde este estilo. El estilo democrático se asocia a una mayor autoestima, un mejor rendimiento académico, mayor desarrollo moral y social, una menor impulsividad, una mayor intención de alcanzar metas positivas, menor prevalencia de experiencia sexual y mayor rechazo de diversas formas de sexismo, menor conflictiva con sus padres y mayor bienestar psicológico, mejor ajuste conductual, menor riesgo de consumo de tabaco, alcohol y drogas en general (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, pp. 417-418).

Respecto al estilo de crianza permisivo, los autores expresan:

Los niños y adolescentes que viven en hogares con estilo permisivo demuestran ser poco obedientes, tienen dificultad en la interiorización de valores, viven situaciones de agresividad en la familia, tienen baja autoestima, padecen de falta de confianza, tienen bajos niveles de control de sus impulsos, así como mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol. Los padres permisivos les conceden la posibilidad de tomar decisiones que no les competen. Son padres con miedo a influir demasiado en sus hijos, con temor a veces a sus

reacciones, no sabiendo relacionarse con ellos, se sienten culpables por el escaso tiempo que les dispensan, les plantean pocas exigencias, confían solo en la razón, siendo los niños quienes regulan sus actividades. Los padres promueven una importante autonomía en sus hijos, los liberan del control, evitan el uso de las restricciones y el castigo, ceden en su autoridad y les traspasan la responsabilidad de decidir a sus hijos. El hijo/a pasa a ser dueño de la casa, de las decisiones y a veces también de las decisiones de sus padres (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, p. 418).

El último estilo de crianza acuñado por Baumrind es el autoritario:

Los padres con estilo autoritario valoran la obediencia como una virtud, mantienen a sus hijos subordinados y restringen su autonomía, provocando problemas en su adaptación social y una disminución de la seguridad en sí mismos. Los problemas de los hijos plantean a nivel emocional, debido al escaso apoyo recibido; se muestran tímidos, tienen mínima expresión de afecto con sus pares, pobre interiorización de valores, son irritables, vulnerables a las tensiones y poco alegres. Este estilo es un factor de riesgo para el padecimiento en los hijos de síntomas depresivos. La percepción por parte de los adolescentes de un estilo parental autoritario se encuentra asociada a mayores manifestaciones de agresividad (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, p. 420).

Lo anterior se corrobora con los hallazgos de Capano y Ubach (2013) en cuanto a las características de los hijos según los estilos de crianza recibidos:

Hijos de padres democráticos: confianza en ellos mismos, buena actitud y rendimiento escolar, buena salud mental y escasos problemas de conducta.

Hijos de padres permisivos: confianza en ellos mismos, poco malestar psicológico, problemas de conducta y abuso en el consumo de sustancias.

Hijos de padres autoritarios: más obedientes y orientados al trabajo, a veces hostiles y rebeldes, poca confianza en ellos mismos, problemas depresivos.

Complementan lo dicho respecto al estilo de crianza permisivo, Gualpa y Loja (2015) cuando afirman que en este estilo, las personas responsables de los adolescentes acceden con mucha facilidad a sus deseos y en cuanto a su comportamiento, no se establecen reglas consistentes.

8.4.1 Trastorno de Ansiedad por Separación

El trastorno de ansiedad por separación aparece entre los 6 y los 10 años de edad, siendo de inicio temprano en caso de aparecer previo a esas edades (APA, 2013). Tiene como característica la predominancia de síntomas somáticos, principalmente se presentan dolores de cabeza, miedo a la aparición de enfermedades o a accidentes del cuidador, la aparición de pesadillas frecuentes y, también, la gran evasión hacia estar solos aunque sea por periodos cortos de tiempo (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Los dos características específicas que determinan el diagnóstico de este trastorno son que la ansiedad sea desproporcionada y desadaptada. La primera hace referencia a que la misma aparece con frecuencia e interfiere en el desarrollo normal de la maduración del niño. La segunda hace referencia a que la ansiedad causa un malestar subjetivo importante para el chico en sí y no solamente para sus cuidadores (Méndez, 2005).

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

De acuerdo a un estudio la ansiedad por separación se encuentra que el género femenino presenta una mayor prevalencia con respecto al género masculino (Compton, Nelson & March, 2000), mientras que en las muestras clínicas no hay diferencias estadísticamente significativas (Méndez, 2005). Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y los adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos (Criterio Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes.

8.4.2 Criterios Diagnósticos TAS Según Dsm V

Este es uno de los trastornos más recurrentes en la infancia, principalmente entre los 7 y 9 años de edad y fue definido en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) como la ansiedad excesiva e inapropiada de acuerdo a la etapa del desarrollo en relación a la separación de éste de sus figuras de apego. Criterios del DSM-V para el diagnóstico de ansiedad por separación:

A-Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al, menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar; por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Es importante hacer hincapié en la etiología y mantenimiento del TAS, Bados (2015) encontró en la literatura diversos factores asociados a los mismos, los cuales se plasman a continuación:

Factores Etiológicos:

- Vulnerabilidad genética
- No haber sido expuesto a una separación paulatina de los padres.
- Experiencias traumáticas de separación.
- Las figuras de apego refuerzan positivamente, de un modo abierto o sutil, las conductas de dependencia y búsqueda de contacto del niño.
- Que los padres, y especialmente las madres, sufran o hayan sufrido algún trastorno de Ansiedad.

Factores Mantenedores:

- Ansiedad anticipatoria y durante la separación de tipo somático y cognitivo.
- Reforzamiento positivo de las conductas de apego mediante atención, tranquilización, consuelo.
- Reforzamiento negativo a través de la prevención de la ansiedad y de posibles estímulos temidos en el ambiente por medio de las conductas de apego. Consecuencias negativas del trastorno.

8.2.3. COMORBILIDAD

En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad. Los trastornos depresivos y bipolares son también comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en los adultos.

8.2.4 PREVALENCIA

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad por separación entre los adultos de Estados Unidos es del 0,9 al 1,9 %. En los niños, la prevalencia en un período de entre 6 y 12 meses es del 4 %, En los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia anual es del 1,6%. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia

hasta la adolescencia y la edad adulta, y es el | trastorno de ansiedad más prevalente en los niños menores de 12 años. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres.

8.2.5. DESARROLLO Y CURSO

Los períodos de ansiedad elevada por la separación de las figuras de apego forman parte normal del desarrollo temprano y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., en torno al primer año de edad, los niños pueden sufrir ansiedad ante los extraños). El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia. Típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen separación (p. ej., ir a la universidad) pueden persistir durante varios años.

La mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no padecerá trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de la vida. Muchos adultos con trastorno de ansiedad por separación no recuerdan que éste empezara en la infancia, aunque es posible que recuerden síntomas. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse. Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos rases, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. También pueden Experimentar una alteración significativa en el ámbito laboral o en los acontecimientos sociales por la necesidad de comprobar de forma continua el paradero de un ser querido.

8.3. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

8.3.1 ENTREVISTA

La entrevista debe explorar los aspectos acostumbrados: características del problema; variables controladoras del mismo (incluido el posible estado psicopatológico de los padres); historia del problema; tratamientos previos y actuales; motivación, expectativas y objetivos del sujeto; recursos y limitaciones del sujeto; otros problemas que pueda presentar el sujeto.

Un modelo de entrevista diagnóstica para el TAS y otros trastornos de ansiedad en niños y adolescentes que sigue los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman y cols. (1996, citado en Sandín, 1997), la cual tiene una versión para niños y otra para padres. Esta entrevista dura de una a dos horas, incluye preguntas sobre cada trastorno de ansiedad que no son únicamente diagnósticas, proporciona puntuaciones sobre la gravedad de estos trastornos y contiene también ítems que muestrean trastornos del estado de ánimo.

Entrevista Clínica Estructurada para Síntomas de Ansiedad por Separación (Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms, SCISAS; Cyranowski y cols., 2002). Está pensada para adultos y sigue los criterios diagnósticos del DSM-IV. Incluye dos escalas de 8 ítems cada una. La primera evalúa retrospectivamente los síntomas del TAS en la infancia, mientras que la segunda evalúa la posible presencia de TAS en la vida adulta (no necesariamente en el momento actual). El clínico califica cada ítem como 0 (ausente), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) o 3 (no recuerda). La segunda escala es unidimensional, mientras que la primera tiene dos factores: ansiedad por separación y rechazo escolar.

8.3.2. CUESTIONARIOS

-Inventario de Síntomas de la Ansiedad por Separación (Separation Anxiety Symptom Inventory, SASI; Silove y cols., 1993, citado en Sandín, 1997) consta de 15 ítems puntuados de 0 a 3 con el que se pretende evaluar en personas adultas el grado de ansiedad por separación antes de los 18 años. Una adaptación en castellano puede consultarse en Sandín (1997). Si se reformulan los ítems, puede emplearse como una medida de ansiedad por separación según el niño (si este no es muy pequeño) y según sus padres, aunque se carece de datos de fiabilidad y validez de estas reformulaciones. Por otra parte, dada la frecuencia del rechazo escolar entre los niños con TAS, también pueden emplearse como medidas complementarias la Escala de Evaluación del Rechazo Escolar y otros cuestionarios descritos en la sección de evaluación del rechazo escolar.

-Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Adulthood (Adult Separation Anxiety Questionnaire, ASA-27; Manicavassagar y cols., 2003). Los ítems del instrumento pueden consultarse en la fuente original. Tiene 27 ítems con los que se pretende evaluar los síntomas de ansiedad por separación en adultos. Incluye las variantes en la vida adulta del TAS en la infancia según el DSM-IV, pero no se limita solamente a ellas. Cada ítem es calificado de 0 a 3 según su frecuencia de ocurrencia.

-Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC; March y cols., 1997). Sus 39 ítems, calificados de 1 a 4, evalúan cuatro dimensiones de la ansiedad: a) síntomas físicos (con dos subescalas: tensión/inquietud y somática/autónoma), b) ansiedad social (dividida en miedos de humillación/rechazo y ansiedad al actuar en público), c) ansiedad por separación, y d) evitación de daño (dividida en perfeccionismo y afrontamiento ansioso). El número de ítems de cada dimensión es 9, salvo la primera que tiene 12. Además de las subpuntuaciones, puede calcularse una puntuación total.

-Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta,

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems).

-Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad – Revisado (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised, SCARED-R; Muris y cols., 1999, 2001). Consta de 66 ítems que valoran de 0 a 2 la frecuencia de diversos síntomas de ansiedad. Aparte de una puntuación total, se obtienen puntuaciones en 9 subescalas: trastorno de ansiedad generalizada (13 ítems), trastorno de ansiedad por separación (12 ítems), fobia social (4 ítems), trastorno de pánico (13 ítems), trastorno obsesivo-compulsivo (9 ítems), fobia específica (tipo animal, 3 ítems), fobia específica (tipo sangre-inyección-daño, 7 ítems) y fobia específica (tipo situacional-ambiental, 3 ítems). La versión original de este cuestionario tiene sólo 41 ítems y cinco subescalas: pánico/síntomas somáticos, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar.

En aquellos casos en que la información disponible aconseje llevar a cabo una evaluación de la familia del niño, se dispone de varias medidas:

- **Cuestionario de Dependencia Autoadministrado** (Self-Administered Dependency Questionnaire, SADQ; Berg, 1974, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Mediante 21 ítems valorados de 0 a 4 según la frecuencia con la que ocurren, evalúa la dependencia del niño y la sobreprotección materna en cuatro áreas: afecto, comunicación, petición de asistencia y salidas de casa. Tiene una versión para padres y otra para niños y parece más útil para estos que para adolescentes.

- **Medida de Evaluación Familiar** (Family Assessment Measure, FAM; Skinner y cols., 1983, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Puede ser contestada por padres y niños de 10 o más años y trata de identificar puntos fuertes y débiles de la familia. Sus 134 ítems están organizados en tres áreas: a) Escala General: 50 ítems sobre la salud/patología de la familia en general; b) Escala de Relación Diádica: 42 ítems para cada diada evaluada; c) Escala de Autovaloración: 42 ítems sobre la percepción que tiene una persona sobre su funcionamiento en la familia. Dentro de cada área se puntúan diversas subescalas: Logro de Tareas, Ejecución de rol, Comunicación, Expresión Afectiva, Implicación Afectiva, Control y Normas/Valores.

- **Inventario de Creencias sobre la Familia** (Family Belief Inventory. FBI; Roehling y Robin, 1986, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). A través de versiones paralelas para padres y adolescentes pretende medir las creencias poco realistas sobre las relaciones entre ambos. En relación a los padres, evalúa seis creencias erróneas: a) Ruina: con demasiada libertad, los adolescentes arruinarán su futuro; b) Obediencia: los padres merecen respeto y obediencia absoluta de sus hijos; c) Perfeccionismo: los adolescentes

deben comportarse sin defectos; d) Intención Maliciosa: los adolescentes se comportan mal intencionadamente para dañar a sus padres; e) Autoculpabilización: los padres tienen la culpa de la mala conducta de los adolescentes; y f) Aprobación: la desaprobación por parte de los adolescentes de las prácticas educativas de los padres es algo catastrófico. Las cuatro creencias para los adolescentes son: a) Ruina: las reglas y restricciones parentales arruinarán los años de la adolescencia; b) Injusticia: es catastrófico que los padres traten a los adolescentes injustamente; c) Autonomía: los padres deben dar a los adolescentes libertad absoluta para tomar decisiones sobre reglas y responsabilidades; y d) Aprobación: es catastrófico si los padres se enfadan con los adolescentes. Cada creencia es evaluada a través de 10 ítems ligados a viñetas que ejemplifican fuentes frecuentes de conflicto entre padres y adolescentes (elección de amigos, llegar tarde a casa).

- **Cuestionario de Crianza Parental** (Parent-Child Relationship Inventory, PCRI; Gerard, 1994, citado en Roa y del Barrio, 2001). Evalúa las actitudes de los padres hacia la crianza de sus hijos y hacia estos. Consta de 78 ítems valorados de 1 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con los mismos. El instrumento original tiene ocho escalas: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad social. Sin embargo, en la adaptación castellana sólo se han mantenido 66 ítems encuadrados en seis factores: disciplina (16 ítems), compromiso con la crianza (12 ítems), distribución de rol (6 ítems), satisfacción con la crianza (8 ítems), autonomía (9 ítems) y afecto (apoyo/comunicación) (15 ítems). En Roa y del Barrio (2001) puede verse la versión del cuestionario para la madre.

8.3.3 AUTORREGISTROS Y OBSERVACIÓN

No es difícil diseñar un autorregistro y un test de evitación conductual adaptado a los aspectos problemáticos del paciente que consulta. Por ejemplo, el niño puede ser expuesto a situaciones de cada vez menor proximidad a los padres y registrarse si es capaz de llevarlas a cabo (totalmente, parcialmente, en absoluto), sus reacciones manifiestas de ansiedad y su ansiedad subjetiva.

8.4. INTERVENCION COGNITIVA-CONDUCTUAL

Becoña y Cortés (2008) sostienen que las terapias cognitivo-conductuales integran los principios de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva, con el fin de brindar una mejor comprensión para tratar los problemas y se centran fundamentalmente en la adquisición de habilidades para potenciar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo.

La intervención se fundamenta en guiar a la persona para que aprenda a evaluar sus ideas o creencias y las contraste con la realidad, (Becoña y Cortés, 2008, p. 41).

Las características esenciales de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento son: “centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas con el paciente, buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes y

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad del paciente para manejar sus propios problemas” (Becoña y Cortés, 2008, p. 41).

En este orden de ideas, para que el paciente alcance una comprensión realista de los problemas que ésta ha traído a su vida, se hace necesario trabajar en la sustitución de sus ideas irracionales por pensamientos realistas que le permitan comprender asertivamente el problema y lo motiven a un cambio en su conducta.

Siguiendo a Ellis y Lega (1993) como se citó en Colop (2016), aprender a pensar racionalmente incluye:

- El debate filosófico, método principal para reemplazar una idea irracional, que consiste en la adopción del método científico a la vida diaria. El proceso inicial es descubrir todas aquellas creencias que originan la conducta para luego debatir la veracidad o falsedad de las mismas.
- El insight racional-emotivo: la meta principal de la técnica es ayudar a la persona a ver y reconocer con claridad la manera en que procesa las emociones y conductas desadaptativas, para que asuma la responsabilidad, acepte, busque y reconozca las fuentes filosóficas de sus síntomas.
- Debatir creencias irracionales: consiste en cuestionar y desafiar la validez de las creencias o hipótesis que la persona sostiene sobre sí misma, los otros y el mundo. Su finalidad es lograr un nivel de pensamiento pleno y lógico.
- Método socrático: se caracteriza por emplear una serie de preguntas sistemáticas que sirven como guía al razonamiento inductivo de cada sesión; su finalidad es cuidar y cultivar las habilidades del pensamiento conceptual y abstracto de la persona.
- Imaginación racional emotiva: se basa en la neuropsicología de las imágenes aprendidas como experiencias de vida real. Esta técnica le enseña a la persona a sentir, pensar y actuar de la manera que desee para crear hábitos emocionales más adaptativos.

Así mismo, el tratamiento cognitivo-conductual se realiza entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Esta técnica se basa en la teoría del aprendizaje social y tiene como meta “aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo” (Becoña y Cortés, 2008, p. 42).

Entre las estrategias de afrontamiento que mejores resultados ofrecen en el tratamiento mencionado por Monasor, Jiménez y Palomo (2003):

- Intervención motivacional: el objetivo es promover un cambio en el paciente, así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta.
- Autocontrol: lo que se pretende con esta técnica es que los pacientes aprendan a controlar el deseo y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo.

- Entrenamiento en habilidades sociales: se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas. Se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva.
- Prevención de recaídas: se orienta a ayudar y enseñar al paciente a evitar las recidivas. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo.
- Contrato de contingencias: se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar la situación problema. Estas consecuencias se deciden entre terapeuta y paciente.

La implicación de la familia es esencial ya que los padres a menudo juegan un papel en el mantenimiento de los miedos por separación del niño y deben respaldar el plan de tratamiento aplicando consistentemente el manejo conductual en casa. Algunos programas, también basados en la TCC, enfatizan la implicación familiar, como la terapia de interacción padre-hijo (PCIT). La terapia de Interacción Padre-Hijo (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) se ha adaptado para niños con TAS de edades entre los cuatro y los ocho años (Choate et al, 2005; Pincus et al, 2005) pero requiere recursos considerables a menudo no disponibles en muchos servicios, incluso en los países con altos ingresos. El PCIT consta de tres etapas:

- Interacción dirigida al niño: instruir a los padres para que sean cariñosos y elogien con frecuencia a su hijo, para promover los sentimientos de seguridad en el niño y así facilitar la separación de los padres.
- Interacción dirigida a la valentía: el terapeuta trabaja con ambos, los padres y el niño, para desarrollar una lista de situaciones que el niño teme o actualmente evita, en orden de severidad. La familia crea una lista de recompensas para reforzar los esfuerzos del niño
- Interacción dirigida a los padres: los padres aprenden a manejar el mal comportamiento basándose en los principios operantes de modificación de conducta (como refuerzo consistente positivo y negativo). También, aprenden a no reforzar los comportamientos ansiosos del niño, por ejemplo no prestarle más atención cuando falta a clase (Eisen et al, 1998). Durante las tres etapas, se entrena activamente a los padres en cómo aplicar las estrategias.

8.5. INTERVENCION Y EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

El número de estudios es muy bajo y no existen casi estudios experimentales sobre la eficacia del tratamiento conductual en el TAS. Existen casos exitosos tratados con desensibilización sistemática o de autocontrol (niños mayores o adolescentes), exposición en vivo graduada o poco graduada, o técnicas operantes (reforzamiento de separación progresivamente más larga). Una de estas técnicas consistió en el reforzamiento diferencial de la conducta no ansiosa durante ausencias cada vez más largas de la madre; el reforzador fue la presencia de la madre. Lo usual es que se haya empleado más de un procedimiento.

Hasta el momento sólo la **terapia cognitivo-conductual** (TCC; programa FEAR) **propuesta por Kendall** (1994; Kendall y cols., 1997) ha sido investigada experimentalmente y se ha mostrado superior clínica y estadísticamente a la lista de espera en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social); el segundo fue el segundo grupo más numeroso.

Por otra parte, una adaptación del programa de Kendall también se ha mostrado más eficaz que un placebo psicológico en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social); el segundo fue el segundo grupo más numeroso. La condición placebo (revelación emocional) consistió en escribir los propios pensamientos y sentimientos tanto sobre situaciones estresantes o amenazantes en general como sobre situaciones relacionadas con los miedos de separación; además, hubo breves discusiones en grupo en las que los niños contaban sus experiencias atemorizantes (Muris, Meesters y van Melick, 2002).

El programa de Kendall se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. En las ocho primeras sesiones se presentan individualmente los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. En la sesión 1 se establece una buena relación con el niño y se recoge información sobre las situaciones que le crean ansiedad y sobre cómo responde a esta última. En la sesión 2 se enseña a **distinguir varios tipos de sentimientos** (entre ellos, sentimientos y reacciones somáticas de ansiedad). Durante la sesión 3 se construye una **jerarquía de situaciones ansiógenas** y se busca que el niño pueda distinguir las reacciones ansiosas de otras e identificar sus propias respuestas somáticas de ansiedad. Tras esta sesión, se mantiene un **encuentro con los padres** para compartir impresiones e ideas, discutir las preocupaciones de los padres, recoger información sobre áreas problemáticas del niño, revisar las metas del tratamiento y alentar la cooperación de los padres en el tratamiento.

En la sesión 4 se lleva a cabo un entrenamiento en **relajación** (relajación muscular progresiva y visualización); los niños reciben una cinta personalizada para emplear fuera de la consulta. La sesión 5 se dedica a saber **identificar y evaluar los pensamientos** en las situaciones ansiógenas y a practicar pensamientos alternativos. Durante la sesión 6 se enfatizan estrategias de afrontamiento tales como **pensamientos de afrontamiento, autodirección verbal y desarrollo de acciones** adecuadas. La sesión 7 se dedica a la enseñanza de la autoevaluación de la propia actuación y **autorreforzamiento** en caso

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

pertinente; y la 8 a revisar los conceptos y habilidades enseñados. Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación a la lista de espera.

Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de **experiencias imaginales y en vivo (en la consulta, casa y escuela)** de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que provocan. Para ello, el terapeuta sirve de **modelo** (usa la activación ansiosa como señal para aplicar las estrategias de afrontamiento), se utilizan ensayos conductuales y se emplea el **reforzamiento** social; también se alienta a los niños a que se refuercen por su afrontamiento exitoso. En la sesión 9 se trabaja con situaciones no estresantes y de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-15 se practica en situaciones muy estresantes. Además, en estas dos últimas sesiones los niños comienzan a preparar un **proyecto individualizado** (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, poema) que es grabado y que está dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. La sesión 16 y última se dedica a discutir la experiencia de terapia, revisar las habilidades y alentar al niño a practicar estas últimas en su vida diaria. El niño graba su proyecto y recibe una copia para llevarse a casa. Existen datos que sugieren que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos.

Una cuestión importante respecto al tratamiento anterior es si la implicación de los padres en el tratamiento mejoraría los resultados de este. El estudio de Barrett y cols. (1996) indica que así es con niños menores de 11 años, aunque no con niños mayores, al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar. No sólo los niños pequeños se benefician más de la intervención cuando los padres son incluidos en el tratamiento, sino también aquellos que tienen padres ansiosos (Cobham y cols., 1998, citado en Muris y cols., 2001). La potenciación de los resultados de la TCC en el estudio de Barrett y cols., (1996) se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque no a los 5-7 años (Barrett, Dadds y Rapee, 2001). Por otra parte, el programa FRIENDS empleado por Barrett y colaboradores (una adaptación del programa FEAR de Kendall) ha demostrado tener validez social, ya que sus usuarios muestran una elevada satisfacción con el mismo y la mayoría lo recomendarían a otros. Curiosamente, los niños valoraron más las estrategias cognitivas y los adolescentes la exposición gradual (Barret, Shortt y Wescombe, 2001).

El programa FRIENDS tiene **tres componentes**, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al **tratamiento individual** del trastorno de ansiedad del niño y la segunda al **tratamiento en familia** (incluido el niño). En primer lugar y con el fin de reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los **padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la conducta ansiosa y quejas excesivas**. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas temerosas del niño.

En segundo lugar, se enseña a los **padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución** de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas. En tercer y último lugar, se entrena brevemente a los **padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas** con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente:

- a. Entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño.
- b. Alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces.
- c. Entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar las dificultades del niño y de la familia.

Un **meta-análisis** de los estudios anteriores realizados entre 1994 y 2001 (Orgilés y cols., 2003) ha puesto de manifiesto que la TCC sola o con intervención familiar son más eficaces que esta última sola y que la TCC con implicación de la familia tiende a ser superior. Además, el tamaño del efecto es mayor cuando: a) la duración del tratamiento se adapta a cada paciente, b) la duración del tratamiento es mayor, c) los pacientes son solicitados en vez de remitidos, y d) se incluyen sesiones de prevención de recaída. El 55-70% de los niños puntúan dentro de la población funcional en cuestionarios de ansiedad o alteración emocional. El 78% dejan de cumplir criterios diagnósticos en el postratamiento, aunque este porcentaje ha sido significativamente mayor cuando colaboraron los padres (84% contra 57%). El 7-9% de los niños abandonan el tratamiento. Los resultados se mantienen en seguimientos de hasta 5-7 años, aunque la duración habitual ha sido de un año. Entre el seguimiento al año y el de 5-7 años, se ha observado un 13% de recaídas y un 15% de niños que han terminado por recuperarse.

Valoración de los modelos conductuales y cognitivo-conductuales

Positivo

- Énfasis en las experiencias de aprendizaje.
- Concepción optimista sobre las posibilidades de cambio de las personas.
- Bajo o moderado nivel de abstracción en sus formulaciones, lo que facilita su estudio científico.
- Énfasis en la comprobación empírica de las formulaciones teóricas, de la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos aplicados. Los modelo conductual y cognitivo-conductual son los que más han contribuido a la consideración de una psicoterapia científica.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Descripción y sistematización de gran número de técnicas de amplio uso.

Negativo

- Falta de un marco teórico claro y diferenciado. Resulta difícil establecer que es lo que tiene de específico el modelo conductual más allá de su adhesión a la metodología científica, metodología que puede ser utilizada, naturalmente, por otros enfoques.
- Énfasis injustificado en que los principios y técnicas empleados han sido derivados de la psicología científica, cuando, en realidad, muchos de ellos deben más a la experiencia clínica.
- Falta de reconocimiento de los factores cognoscitivos y subjetivos en los enfoques no cognitivos.
- Supeditación de la emoción a la cognición en los enfoques cognitivos.
- Se requiere una mejor validación de los procedimientos de evaluación de las cogniciones y que estos no consistan sólo en autoinformes.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CASO

9.1 Curso del tratamiento

CURSO DEL TRATAMIENTO		
SESIÓN	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
1-2	Psicoeducación familiar en relación al Trastorno de Ansiedad por Separación de AB, explicación del proceso de intervención cognitivo-conductual hacia esta entidad clínica y de la importancia de la prevención de la instauración trastornos de tipo afectivo como la (depresión) u otras. Como también Psicoeducación para AB en la identificación y comprensión de los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción, se realiza entrenamiento en respiración y relajación.	La madre adopta un conocimiento adecuado y educativo sobre TAS, aprende a actuar de forma calmada hacia las actitudes y comportamientos de AB. La psicoeducación no se pudo realizar de forma conjunta con ambos padres, ya que le padre de AB reside en otra ciudad, por lo cual se le brindo la explicación y orientación por vía telefónica, con la abuela materna no se logra la asistencia en estas dos primeras sesiones. Con relación AB adquiere el conocimiento y la identificación de la ansiedad como emoción y las respuestas que se generan a nivel fisiológico, conductual y cognitivo. Con el fin de generar una mayor efectividad en el control de los síntomas asociados a la ansiedad se implementó el uso de la técnica de la relajación progresiva de Jacobson, en donde se le enseña y se realiza el ejercicio en AB de tensar y relajar varios músculos de su cuerpo, explicándole paso por paso que es un ejercicio y un entrenamiento, que al inicio hacerlo se siente algo de cansancio pero con la práctica va a ir logrando un mayor efecto de relajación y sobre todo utilizarlo en los momentos que necesite estar tranquilo y calmado, así disminuir los síntomas que comento en la sesión de dolores de cabeza, agitación ritmo cardiaco, opresión en el pecho, hormigueo en el cuerpo y de la preparación que este ejercicio va ayudarlo cuando necesite estar con calma para enfrentar los miedos. AB realizo la práctica de esta técnica antes de ir a dormir o de ingresar a su habitación por las noches, con reporte de una disminución positiva de las respuestas fisiológicas de la ansiedad y del miedo con un (4).
3-4-5	Mejorar la conciliación del ciclo del sueño y de permanecer en la habitación solo cuando es hora de dormir. Actividad	El logro de este objetivo se llevó dentro de las tres sesiones programadas con el ejercicio establecido del “Gran Asustador” llevando a AB a la exposición y al afrontamiento de los miedos identificados previamente en el de estar solo en

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	<p>“El Gran Asustador”.</p>	<p>la habitación por temor a la aparición de personajes monstruosos a la hora de ir a dormir, favoreció el hecho de gustarle a AB las historietas y cuentos de vencer a los villanos y de ser superhéroe.</p> <p>En la sesión primero se le explico a AB lo que es el miedo, es una emoción a la que hora en adelante vamos a llamar: El Gran Asustador, este gran asustador quiere asustar a todo el mundo, este miedo tiene una misión que es asustarte...hacerte dar miedo. Si el miedo lo logra habrá ganado y por tanto habrá cumplido su misión. Imagínate AB que es como un juego, el miedo quiere ganarte, si lo logra y te asusta, el miedo te va ganando 1 a 0; si lo logra nuevamente, te va ganando 2 a 0; si nuevamente lo logra, te va ganando 3 a 0 y va a seguir así hasta que te pegue una gran paliza. Cada vez que lo logra te acobarda. Entonces AB para asustarte a ti, el miedo tiene que asustar a tu mente, a tu cuerpo y a tu comportamiento. Cuando el miedo asusta a tu mente pone pensamientos en ella, imagina que el miedo tiene una gran cantidad de películas asustadoras, que son los pensamientos, que pone la mente. Además de asustar a tu mente AB, el miedo asusta también a tu cuerpo y a tu comportamiento, por eso cuando el miedo asusta hace que tu corazón lata más rápido, que tus manos suden, que tengas una molestia en el estómago y te sientas tenso e inquieto, cuando el miedo asusta a tu comportamiento, te acordaba y te lleva a que te vayas y a que te retires de las situaciones, por lo tanto el miedo no quiere que tu enfrentes nada, te lleva a acobardarte y a retirarte. Yo como soy tu entrenadora, se cómo vencer el miedo, para eso te voy a explicar cuál es el punto fuerte de él, el punto fuerte del miedo es que tu creas en los pensamientos que él pone en tu cabeza, si tú crees en ellos, sin cuestionarle nada, sin hacerle ninguna pregunta, el miedo gana. El miedo quiere que tú no preguntes... solo busca que creas. Su poder no depende de él sino de ti, el miedo no tiene realmente poder, el poder se lo das tu cuando crees en él sin</p>
--	-----------------------------	--

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		<p>preguntarle nada, por eso el miedo quiere que tu creas, como sabe que él no tiene poder real de asustarte, no quiere que tú le preguntes nada. Entonces AB el arma secreta para vencer al miedo es no creer en los pensamientos que él pone en tu mente; para no creer en él vamos a hacerles unas preguntas que lo van a llevar a pierda su poder, por ejemplo, cuando aparezcan esos pensamientos en tu mente, pregúntate ¿dónde está la prueba de que eso es cierto y está pasando?, veamos en que momentos te ha atacado el miedo, AB responde “cuando tengo que irme a dormir a mi habitación pienso que debajo de mi cama esta chuky y me va a salir si estoy solo”, bueno, como vamos a intentar ganarle al miedo, tenemos que retarlo, vamos intencionalmente a provocarlo, porque ya sabemos que lo puedes derrotar, vamos directamente a retarlo en las situaciones donde él cree que es más fuerte, tienes que saber que si retas al miedo en su propia casa a él no le va a gustar, va a estar molesto, va a estar furioso, va a pensar ¿pero cómo se atreve a retarme?... y ¿en mi propia casa?. Por eso el miedo va a atacar más fuerte que nunca, va a poner pensamientos en tu mente que no son verdad, va a asustar a tu cuerpo y a tu comportamiento, pero tú vas a estar allí, sabiendo tu gran secreto, ya sabes cómo derrotarlo. Ya te enseñe como hacerlo, ahora debes hacerlo tú solo, busca las situaciones que te dan miedo y enfrentarlas, veamos cuales pueden ser los enfrentamientos que puedes hacer esta semana, AB menciona vencer a chuky, el muñeco diabólico, muy bien, ya estás preparado para vencerlo, recuerda que su punto fuerte es asustarte sin que tú le cuestiones nada, recuerda que él no tiene poder, tú se lo das cuando crees en él. AB realiza la práctica de esta técnica empoderado y adoptando un rol de superhéroe para vencer su miedo al “Gran asustador”, indica en la sesión n° 4 que le fue bien en la lucha con este personaje y que le gano pero que al principio sintió algo de temor pero recordó lo indicado en el entrenamiento de la</p>
--	--	--

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		<p>sesión pasada y observo que el miedo no le contesto nada hacia la pregunta de las pruebas de su verdad o existencia, en la sesión numero 5 reporta no temer estar solo en la habitación y poder dormir tranquilo. Se cumplió el objetivo en el número de sesiones estipuladas para ello.</p>
6-7-8	<p>Disminuir y modificar las preocupaciones excesivas de perdida y daño a las figuras paternas del paciente, Como también Reestructurar cognitivamente las creencias de los padres y cuidadores con respecto al estilo Parental Sobreprotector, dependiente y evitativo que llevan a las dificultades familiares.</p>	<p>Se trabajó con el paciente la reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas de tipo catastróficas frente al tema de la muerte, daño y separación o pérdida hacia las figuras paternas. El paciente respondió de forma adecuada a la actividad llamada los Anteojos y el detective de pensamientos ya que facilito debatir los pensamientos de tipo anticipatorios y catastróficos de pérdida, peligrosidad o daño inicialmente predominantes en AB y aprendió a utilizar estas herramientas terapéuticas para disminuir la credibilidad de las mismas. Esta técnica consiste en mostrarte a AB como las personas nos acostumbramos a pensar e interpretar de una misma manera aun cuando no tenemos pruebas de que sea cierto eso que nos llegó a la mente y muchas veces esta forma de pensar nos hace sentir mal, esto puede ser porque frecuentemente nos equivocamos en la forma de pensar y muchas de esas ideas o creencias es tan firmes en nosotros que se vuelven como unos anteojos a través de los cuales vemos nuestra vida, ¿dime AB cómo vemos los personas cuando usamos unos gafas con lentes negros?, responde a AB “pues se ve oscuro”, ahora dime ¿cómo vemos las personas cuando usamos unas gafas con lentes transparentes, AB responde “se ve claro”, a partir de esta diferenciación se le explica a AB que las personas cuando tienen esas ideas y las ven con las gafas oscuras todo se vuelve más negativo y complejo, pero cuando las personas deciden ver y usar las gafas claras pueden ver mejor las cosas y tiene más posibilidades para afrontar de manera tranquila cualquier situación y no solo ver las negativas, catastróficas o terribles, se guio AB a utilizar este ejercicio de los anteojos para disminuir y</p>

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

		<p>cuestionar esos pensamientos anticipatorios de temor y daño hacia tus seres queridos que llegaban a su mente y que no le permitían estar más tranquilo, calmado y no interrumpieran los hábitos saludables de irse a dormir temprano pese a que mama aun no haya llegado a casa. AB reporta práctica de esta técnica de forma diaria y expresa usar los lentes transparentes para reestructurar los pensamientos anticipatorios de daño o peligro.</p> <p>De forma simultánea al trabajo de reestructuración cognitiva en la con el paciente, se implementó la Terapia Racional Emotiva en la familia asistiendo la madre y la abuela materna con el objetivo de la aceptación de cada uno de los miembros de la familia, implementando y reforzando las conductas de autoayuda y reestructurar cognitivamente las creencias de los padres y abuelos con respecto al rol de Sobreprotector, dependiente y evitativo. Inicialmente para la abuela fue difícil asumir la flexibilidad frente a las creencias de sobreprotección y de perfeccionismo, pero en el transcurrir de las siguientes sesiones mostro disposición y mayor flexibilidad, lo cual género en AB y en la hija tranquilidad para expresarse y motivación hacia el proceso de intervención a nivel familiar, se logra el objetivo de planteado con relación de la convivencia de la AB con la familia materna, el padre no se logró integrar a esta intervención por motivos de residir por fuera de la ciudad.</p>
8-9	Entrenar a la familia en habilidades comunicativas	Basados en las intervenciones realizadas anteriormente relacionadas con la reestructuración cognitivamente de las creencias de los padres y cuidadores con respecto al estilo Parental Sobreprotector, dependiente y evitativo que llevan a las dificultades familiares, con el logro de ese objetivo fue fácil realizar el entrenamiento de las habilidades comunicativas entre AB, madre y abuela, especialmente del trato de la abuela hacia la hija y hacia a AB.
10 y 11	Entrenar en habilidades de afrontamiento y asertividad	El cumplimiento de este objetivo se facilitó ante el aprendizaje previo de las estrategias

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

	al paciente.	terapéuticas a nivel cognitivo en AB, permitiendo llevar a cabo el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento y asertividad sin oposición o recelo del paciente y con entendimiento y práctica de las actividades de entrenamiento para la casa.
12	Prevenir el desarrollo de una alteración del estado de ánimo de tipo depresogénico y de instauración del esquema de vulnerabilidad al daño.	Se realiza en esta sesión la retroalimentación con la familia de todo el proceso terapéutico cognitivo conductual de la intervención del TAS en AB, resaltando como el mantener las estrategias y herramientas terapéuticas aprendidas a nivel individual y familiar permitirán un ambiente comunicativo, seguro, afectivo y de afrontamiento para AB favorecerá la prevención de la depresión u otras entidades clínicas, se mantiene receptividad y comprensión de lo orientado por parte de la madre y abuela del paciente.
13-14	Entrenar al paciente en la prevención de recaídas.	Se utilizaron estrategias didácticas para explicar al paciente posibles situaciones de riesgo hacia la recaída, se realiza repaso de las de las habilidades aprendidas a nivel cognitivo-conductual a través de (role-play).

9.2 ANÁLISIS DEL CASO E INTERPRETACIÓN

El estudio de caso tiene como objetivo describir la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad por separación, para garantizar a las comunidades terapéuticas la práctica de esta intervención y la relevancia hacia la prevención de otras entidades clínicas en la infancia, así como llegaron a demostrar Kendall y Cols (1994-1997) que desde la terapia cognitivo-conductual (TCC; programa FEAR) ha sido la que mayor relevancia y eficacia clínica ha tenido en la intervención con los niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social) y que aun en el presente se establece como guía para el modelo de intervención y que a su vez previene el establecimientos de otros cuadros clínicos en la infancia. De este modo, el tratamiento debe ser multidisciplinar, interviniendo psicológicamente a través de medidas conductuales y cognitivas a los infantes y a las familias.

Podemos decir que el tratamiento cognitivo-conductual, solo o en combinación con la intervención familiar, ha conseguido mejorías terapéuticas significativas en los problemas de ansiedad infantil. Kendall (1994), Kendall et al. (1997), Barrett et al. (1996), Barrett (1998), Mendlowitz et al. (1999) y Kendall et al. (2001) comprobaron cómo la terapia cognitivo-conductual era superior en eficacia frente a grupos control en lista de

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

espera, lo que nos permite considerar la técnica como tratamiento “probablemente eficaz”, según los criterios de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) de la División 12 “Psicología Clínica”, de la Asociación Americana de Psicología.

Se realizó un total de 15 sesiones de tratamiento con asistencia voluntaria por parte de AB, de la madre y de la abuela materna, el padre no logro asistir a las intervenciones de forma presencial, por lo cual fue necesario el contacto por vía telefónica para la psicoeducación del TAS y de las recomendaciones frente al contacto, afecto y la comunicación con AB y con la madre y abuela materna quienes se encuentran a cargo del cuidado actual del paciente, al inicio expreso recelo hacia la exsuegra ante los conflictos que había tenido cuando convivían juntos, pero cede y logra hacer reflexión y comprensión sobre el apoyo que necesita el hijo para el fortalecimiento de un ambiente familiar que le brinde la tranquilidad y seguridad.

En cuanto a las preocupaciones excesivas y anticipatorias de daño o perjuicio hacia sus figuras paternas que se hacían evidentes en AB, que generaban las respuestas de ansiedad y una alta activación fisiológica de malestar significativo se han reducido y reestructurado en aproximadamente un 80% de acuerdo con la descripción del paciente, sus familiares y de la observación directa realizada en las sesiones, esto se logró por medio de las estrategias lúdicas y dinámicas que facilitaron en AB el entendimiento y comprensión como las actividades de los Anteojos y el detective de pensamientos ya que facilito debatir los pensamientos de tipo anticipatorios y catastróficos de pérdida, peligrosidad o daño inicialmente predominantes en AB y aprendió a utilizar estas herramientas terapéuticas para disminuir la credibilidad de las mismas, interviniendo de forma eficiente la parte cognitiva en AB.

A nivel conductual en AB se presentaba comportamiento de evitación a estar solo en la habitación, con espera de la madre para poder ingresar y dormir, manifestando miedo en que su habitación se encontraba un muñeco diabólico que podía hacerle daño, por lo cual se eligió para la intervención de esta conducta el ejercicio del “gran asustador”, consiguiendo un resultado satisfactorio en la conciliación del sueño y de permanencia en su habitación en un 80%, una herramienta terapéutica a nivel cognitiva-conductual que demuestra su efectividad en la ayuda a los infantes vencer los temores y miedos irracionales.

Para las dificultades presentadas a nivel de las relaciones intrafamiliares se trabajó inicialmente en la psicoeducación del proceso terapéutico cognitivo-conductual y del TAS a través de medios didácticos y audiovisuales que fueran prácticos y de fácil entendimiento y comprensión de la familia, continuando con la elección del abordaje de la terapia racional emotiva en la familia, para la identificación y abordaje de los esquemas que cada integrante de la familia mantenía y que perpetuaban con la situación problema que venía presentado AB, con un logro de este objetivo en un 70% de mejoría de la interacción familiar, trabajo apoyado con el entrenamiento de las habilidades comunicativas.

Se realizó un entrenamiento en habilidades de afrontamiento en AB que buscaba seguir disminuyendo conductas evitativas por la enseñanza de la implementación del abanico de soluciones facilitando el poder solucionar problemas o dificultades presentes ante situaciones nuevas a las que les toque enfrentar.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Al cumplir los objetivos del plan de tratamiento se hizo énfasis puntual en la prevención de recaídas, psicoeducando ampliamente a la familia

Cada uno de los objetivos terapéuticos fueron evaluados con AB y con los padres en torno a los logros que se alcanzaron, realizando la retroalimentación del abordaje terapéutico y del compromiso asumido por cada uno de ellos frente al objetivo de la prevención de otras entidades clínicas (como por ejemplo la depresión) hacia la cual podría haber estado en riesgo AB sin la eficacia de la intervención cognitiva-conductual realizada.

Al cumplir los objetivos del plan de tratamiento se hizo énfasis puntual en la prevención de recaídas, psico-educando ampliamente a la familia y AB para actuar de la manera asertiva y aplicando el conocimiento adquirido y de las recomendaciones de mantener la práctica de las habilidades aprendidas tanto a nivel individual como familiar y asistir a seguimientos periódicos de control para mantener el acompañamiento terapéutico que permitan seguir afianzando los avances obtenidos en la recuperación como también poder detectar tempranamente posibles situaciones que puedan llevar al paciente hacia alguna recaída, que de acuerdo a un balance positivo del seguimiento terapéutico de la estabilidad emocional, conductual y cognitiva de AB permita finalmente hacer el cierre del proceso psicoterapéutico.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al realizar el proceso de investigativo sobre la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación, es de resaltar como este trastorno con frecuencia son difícilmente identificables, sus manifestaciones son polimorfas y en ocasiones desconcertantes para los padres, en muchos casos, el motivo de consulta no es precisamente la ansiedad, lo cual requiere de una evaluación y experticia del clínico al momento de abordar la sintomatología. Ciertamente, el trastorno de ansiedad por separación (TAS), es uno de los trastornos de ansiedad infantil que se presenta entre los 5 y 12 años de edad, donde la dificultad de distinguir entre lo patológico y lo normal es latente debido precisamente a que la ansiedad tiene funciones adaptativas; de aquí que tal como señalan Klein & Pine (2002), se deba acudir en primera instancia a la capacidad que tiene el niño de reponerse a las situaciones que le han provocado el episodio ansioso o flexibilidad en la adaptación afectiva.

Por otra parte, cabe resaltar que el control parental como el estilo de crianza ansioso se relacionan significativamente con este trastorno en niños escolares, que con frecuencia confluyen con distorsiones cognitivas de tipo catastrófico, que a su vez para Rapee en el (2016), indico que la evitación constituye sin duda la característica principal de los trastornos de ansiedad, como respuesta que indefectiblemente se encuentra relacionada con la anticipación de amenaza que deriva de sus creencias y del contexto familiar que refuerza o mantiene las conductas evitativas.

De ahí que se resalta que la familia se considera hoy como la primera instancia de formación y desarrollo para los individuos. Para llegar a entender su papel en el desarrollo de los hijos e hijas es necesario identificar el contexto familiar que influye en este desarrollo.

Asimismo, se consideran que algunos de los componentes que forman parte de la dinámica familiar son los siguientes: La comunicación, definida como la capacidad que tiene un integrante de la familia para influir en los demás, ya sea de manera positiva o negativa; la autoridad se concreta en la familia como lo que está permitido y lo que está prohibido; generalmente es definida por los padres con el fin de promover la cohesión grupal por medio de la reflexión y el establecimiento de las reglas; el rol se refiere al comportamiento que se espera de una persona que adquiere un estatus particular; asimismo, una persona puede ocupar varios estatus y por lo tanto varios roles, los límites sirven de barrera de diferenciación entre los miembros de una familia, son el espacio en el que se permite la protección sin perder la individuación y diferenciación de quienes conforman el grupo familiar, las relaciones afectivas son características de todos los seres humanos que buscan satisfacer adecuadamente las necesidades de ser querido, apoyado, escuchado, y valorado por otros seres humanos con los cuales pueda generar una relación centrada en el reconocimiento, el tiempo libre, que es una de las actividades que fomenta la creatividad

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

del grupo familiar en espacios diferentes al laboral, escolar, y al de las tareas domésticas. Estos momentos son usados por la familia para generar cohesión, apoyo e integridad.

Con respecto a lo anterior se considera que el trabajo de ambos padres, la existencia mayoritaria de familias monoparentales, la incorporación de la mujer al trabajo, con el consecuente cambio de roles generado al interior del hogar, la mayor escolarización de la población, y el acceso a información a través de los medios de comunicación masivos, han generado profundos cambios respecto a las formas de criar a los niños y niñas, a quiénes los crían y en qué consiste dicha crianza. Lo que realmente tiene peso sobre el desarrollo infantil son las relaciones que se establecen dentro de la familia, las funciones que esta desempeña y cómo lo hace, no su estructura; también es necesario considerar que el desarrollo psicológico se ve comprometido, entre otras cosas, cuando las condiciones que rodean al núcleo familiar incluyen aspectos como una situación económica desfavorable, relaciones emocionales y afectivas alteradas, escasez o ausencia de apoyo extrafamiliar, etc.

La efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el TAS, en este caso, no solo se trabajó en torno al paciente sino que se involucró a la familia como parte fundamental del tratamiento transmitiendo de manera acertada la comprensión de la angustia que experimentan las partes y propendiendo la seguridad de la remisión de los síntomas con el tratamiento adecuado, lo que al mismo tiempo fomenta la participación de la familia en el proceso, ya que inicialmente, ante el desconocimiento del trastorno, pueden considerar que su actuación no forma parte del tratamiento, lo cual puede resultar contraproducente para el mismo.

Con respecto a esto es importante recordar que en la terapia cognitivo conductual existen elementos y factores que se interrelacionan entre sí y que deben tomarse en cuenta al momento de conceptualizar las dificultades psicológicas tanto a nivel interpersonal como ambiental, la fisiología, la conducta, y la cognición, claves en la psicoterapia infantil, de aquí la relevancia de atender a las particularidades de AB, para dar el curso adecuado a su tratamiento, la adaptación del proceso a cada sujeto influye en la eficacia de la intervención, de modo que cuando la terapia no es homogénea, es decir, cuando la duración, distribución y cantidad de la misma están adaptadas a cada niño y/o adolescente, el tamaño del efecto es mayor.

Los programas de tratamiento cognitivo conductual aplicados en todas las investigaciones revisadas son adaptaciones del original de Kendall (1990), para su utilización en muestras de otros países o edades diferentes a las que iba dirigido en su origen el programa. Sin embargo, se desconoce cuál es la contribución de cada componente a la eficacia del programa, por lo que se sugiere la necesidad de realizar nuevos estudios que proporcionen datos sobre la influencia de cada técnica en el resultado de la intervención, mediante estrategias como el desmantelamiento del tratamiento.

La intervención familiar empleada en los estudios revisados incluía diversos componentes (reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, modelado, manejo de contingencias, etc.), cuyo efecto diferencial en los resultados de la intervención debería ser objetivo de futuras investigaciones. Además, es preciso conocer si su eficacia difiere en función de las características de las familias o de los propios niños, por lo que serían

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

necesarios nuevos informes que proporcionasen datos más precisos. Los estudios de intervención en ansiedad por separación y ansiedad generalizada en la infancia son recientes y no muy numerosos, por lo que en muchos casos no se dispone de datos suficientes para hallar un mayor número de variables moduladoras de los logros terapéuticos. Son destacables el mayor tamaño del efecto alcanzado por el entrenamiento individual frente al grupal, por los tratamientos individualizados frente a los homogéneos, y por las muestras reclutadas por el propio investigador en el ámbito escolar frente a las procedentes de los centros de salud u hospitales. Además, obtienen mejores resultados las intervenciones que incluyen evaluaciones de seguimiento de los resultados en el tiempo y los de una duración mayor. En cuanto a la calidad de los estudios se considera medio-alta, puesto que al tratarse de estudios muy actuales, son de un alto rigor metodológico.

Por otro lado, puesto que se desconocen los mecanismos por medio de los cuales se produce el éxito terapéutico de estos programas multicomponente, sería conveniente seguir investigando en este campo. Destacar que un área relevante a desarrollar en la infancia es la elaboración y aplicación de programas preventivos que fomenten las habilidades de afrontamiento y modifiquen los factores ambientales de riesgo para el desarrollo de estos problemas.

Con respecto a todo lo anterior, este estudio género un gran interés por describir el proceso de intervención clínico desde el abordaje cognitivo-conductual a nivel de los trastornos de ansiedad por separación, obteniendo un resultado satisfactorio frente al logro de los objetivos terapéuticos, proporcionando al paciente recursos cognitivos, emocionales y conductuales y sociales que no solo cumplen una utilidad en el proceso de abolición de la sintomatología ansiosa, sino que además, se hacen extensivos para el afrontamiento de situaciones estresantes en su futuro, incluyendo los resultados satisfactorios con el trabajo conjunto con la familia.

En conclusión se constata la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación y como se fortalece cada vez más como un marco de referencia importante para la comunidad terapéutica para la práctica de este modelo de intervención, que permite al mismo tiempo lograr el objetivo de la prevención de la instauración de otras entidades clínicas, tomando como ejemplo al paciente AB quien con el apoyo de abordaje terapéutico redujo los síntomas del TAS en un 80%, se fortaleció la interacción familiar, disminución de las conductas evitativas de AB frente a miedos, temores, inseguridades y de los pensamientos anticipatorios de daño o perjuicio hacia las figuras paternas, que le ha permitido sentirse tranquilo cuando se encuentra ausente la madre del hogar, con mayor seguridad y confianza en su entorno familiar y en sí mismo.

Como resultados de la intervención terapéutica cognitiva-conductual realizada en AB del Trastorno de ansiedad por Separación se resalta lo siguiente:

- El plan de intervención para el TAS de Ab se realizó en las 15 sesiones programadas, se destaca el logro de la disminución de las respuestas de ansiedad de un estado moderado a un estado actual de muy bajo, con un logro de este objetivo en un 70%.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Ausencia de sintomatología de tipo depresiva actualmente con buen pronóstico hacia la no instauración de otras entidades clínicas y del esquema de vulnerabilidad al daño en AB, con un 80% de logro de este objetivo.
- Se logra el objetivo de dar la continuidad del seguimiento posterior de acompañamiento terapéutico a la estabilidad y a la prevención de recaídas de inicio cada 1 mes con posterior control cada 2 o 3 meses.
- Se fortaleció el apoyo significativo de la madre y de la abuela materna, para mejorar las relaciones intrafamiliares y la disminución de las respuestas de ansiedad, AB asigna una calificación de 9 al fortalecimiento de la interacción y convivencia familiar actualmente.
- Aunque el padre de AB no logro asistir a las intervenciones de forma presencial, fue necesario el contacto por vía telefónica y por internet para la Psicoeducación del TAS y de todo el proceso terapéutico realizado, recibió de forma positiva las recomendaciones frente al cuidado, acompañamiento y comunicación asertiva con AB y del apoyo permanente hacia los familiares que están a cargo del hijo.

11. BIBLIOGRAFIA

- Allan, N., MacPherson, L., Young, K. C., Lejuez C. W. & Schmidt, N. B. (2014). Examining the Latent Structure of Anxiety Sensitivity in Adolescents Using Factor Mixture Modeling. *Psychological Assessment* 26 (3), 741–751.
- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas M. & Guillamón, N. (2008). *Higiene y Prevención de la ansiedad*. España: P55 Ediciones Culturales.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescents*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Cano Vindel, A. (2008). Prólogo en Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón (eds.) *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: P5S Servicios Culturales
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hoehn-Saric, R. (2007). Physiologic Responses in Anxiety. *Current Psychiatric Reviews*, 3(3), 196-204. DOI: 10.2174/157340007781369667
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: FCE
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lejarraga, H. (2008). *El crecimiento del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós editores S.A.
- Méndez, F., Olivares, J. & Bermejo, M. R. (2011). Características clínicas y tratamientos de los miedos, fobias y ansiedades 38 específicas en V. E. Caballo & M.A. Simón (eds.) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Laval, S.A.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2003). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 81–91. doi:10.1007/s10567-011-0108-1
- Patterson, T. & Sexton, T. (2013). Bridging Conceptual Frameworks: A Systemic Heuristic for Understanding Family Diversity. *Couple and Family psychology: Research and Practice*, 2(4), 237-245. DOI: 10.1037/cfp0000015

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Ronen, T. (1998). Cognitive-Constructivist Psychotherapy with Children and Adolescents.
- Stanton, M. (2009). The systemic epistemology of family psychology. In J. H. Bray & M. Stanton (Eds.), Handbook of family psychology. Oxford: Wiley
- Stanton, M. & Welsch, R. (2012). Systemic Thinking in Couple and Family Psychology Research and Practice. Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1(1), 14–30.
- Stossel, S. (2014). Ansiedad. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- Thirlwall, K., & Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. Behaviour Research and Therapy, 48, 1041– 1046. doi:10.1016/j.brat.2010.05.030
- Wainstein, M. (1997). Comunicación. Buenos Aires: JCE Editores. Wainstein, M. (2006). Intervenciones para el cambio. Buenos Aires: JCE Editores.
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM V). Ed. Masson, Barcelona.
- Argumedos, Pérez y Acosta, (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. Revista Búsqueda, 13: 68 -81. Disponible en revistas.cecar.edu.co/busqueda/article/download/157/148
- Bados, A. (2015). Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar. Universidad de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65645/1/T%20ansiedad%20separaci%C3%B3n%20Rechazo%20escolar.pdf>
- Becerra, A; Madalena, A; Estanislau, C; Rodríguez, J; Dias, H; Bassi, A; Chagas, D; Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones Revista Latinoamericana de Psicología, 39 (1): 75-81 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>
- Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 61:85-93.
- Fernández, M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. Revista PSIMONART, 2 (1) 93-101. Disponible en http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen21/08_Psimonart,_03_trastornos_de_ansiedad.pdf.
- Gómez, C. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C. y Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 170: 768-781.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of djustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645 652.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Nueva York: Springer.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993/1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Gurman, A.S. y Messer, S.B. (Eds.). (1995). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Nueva York: Guilford.
- Haaga, D.A. (1990). Revisión del enfoque de los principios comunes para la integración de las psicoterapias. *Clínica y Salud*, 1, 3-11. (Original de 1986.)
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. (Original de 1982.)
- Kleinke, C. (Ed.). (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1994.)
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and Adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rapee RM. (2016). *Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención* (Irarrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Roberson, R., Eaves, L. J., Hettema, J. M., Kendler, K. S. y Silberg, J. L. (2012). Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety*, 29(4), 320-327.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Torres, V. y Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 35: 1788 – 1792.
- Manassis, K., Avery, D., Butalia, S. y Mendlowitz, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy with childhood anxiety disorders: Functioning in adolescence. *Depression and Anxiety*, 19, 209-216.
- Manicavassagar, V., Silove, D., Wagner, R. y Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 146-153.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P., Meesters, C. y van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Capano, A., Del Luján, M. y Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, VII (1), 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/>
- Méndez, F.X. y Maciá, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (pp. 74-107). Madrid: Pirámide.
- Frank, J.D. (1988). Componentes terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Coords.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós. (Original de 1982).
- Méndez, F.X. (1999). Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos. Madrid: Pirámide.
- Ross, A.O. (1987). *Terapia de la conducta infantil*. México: Limusa.
- Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109-137. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/>

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

- Vega, V., Roitman, D. y Barrionuevo, J. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. *Anuario de Investigaciones* (18), 381-398. Recuperado de: www.scielo.org.ar/
- Heyne, D., King, N.J., Tonge, B.J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M. y Ollendick, T.H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 687-695.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (24-57). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Manassis, K. (1996). *Keys to Parenting Your Anxious Child*. New York: Barrons Educational Series.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M. y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30, 525-535.

12. ANEXOS

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO UNICO SOBRE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

Nombre de la psicóloga: Jazbleidys Rivera Madero

Señor(a) Luisa Vélez le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender ¿cuál es la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación?

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (**EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**) y de haber recibido del señor(a) Jazbleidys Rivera Madero explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre,

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Jazbleidys Rivera Madero para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Luisa Vélez y la señora Johana Bocanegra como testigo, en la ciudad de Santa Marta (magdalena), el día 1 del mes de Noviembre del año 2017.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Luisa Fernanda Vélez Hernández Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 52 139 873 de Bogotá

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Jazbleidys Rivera Madero Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 1 082 847 518 de Santa Marta
Teléfono: 317 410 6549, Correo electrónico: mrd1586@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Ambrosio Beltrán Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 32 712 687 de Bogotá
Teléfono: 318 462 7918, Correo electrónico: ambeltr@yaho.com

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO UNICO SOBRE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

Nombre de la psicóloga: Jazbleidys Rivera Madero.

Señor(a) Carlos Ballestas le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender ¿cuál es la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación?

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre **(EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN)** y de haber recibido del señor(a) Jazbleidys Rivera Madero explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre,

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Jazbleidys Rivera Madero para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Johana Bocanegra como testigo, en la ciudad de Santa Marta (magdalena), el día 1 del mes de Noviembre del año 2017.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Carlos Ballesteros Perez

Firma: 

Cédula de ciudadanía: 1002999754

de Santa Marta, (Magdalena)

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Jazbleidys Rivera Madero

Firma: 

Cédula de ciudadanía: 1082847.518

de

Santa Marta (Magdalena)

Teléfono: 3174186549

Correo electrónico: milis86@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Ana Mercedes Bello V

Firma: 

Cédula de ciudadanía: 32712682

de

Bogotá

Teléfono: 3184627912

Correo electrónico: ambellov@yahoo.com

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Abdram Bailestas Velez
(13-06-17)

ESCALA DE ANSIEDAD GENERAL PARA NIÑOS

Te voy hacer unas preguntas relacionadas con lo que tú piensas y sientes. Recuerda, que no hay respuestas buenas ni malas. Escucha cuidadosamente cada pregunta y pon un círculo alrededor del SI o del NO después de que decidas como piensas y sientes.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Cuando estas fuera de casa, te preocupa si algo está sucediendo en tu casa | SI | NO |
| 2. Te preocupa algunas veces que otros niños tengan mejor aspecto que tu | SI | NO |
| 3. Estas creciendo de la forma en que deberías | SI | NO |
| 4. Tienes miedo a los ratones o a las ratas | SI | NO |
| 5. Tienes miedo de si sabes tus lecciones | SI | NO |
| 6. Si fueras a subir una escalera, tendrías miedo de caerte de ella | SI | NO |
| 7. Tienes miedo a que tu madre se enferme | SI | NO |
| 8. Sientes miedo cuando tienes que dirigirte a tu casa solo y por la noche | SI | NO |
| 9. Te preocupa lo que la gente piensa de ti | SI | NO |
| 10. Sientes una sensación rara cuando ves sangre | SI | NO |
| 11. Cuando tu padre se ausenta de casa, te preocupa si regresará | SI | NO |
| 12. Te asustan los relámpagos y los truenos | SI | NO |
| 13. Tienes miedo siempre de hacer algo que tu quieres hacer | SI | NO |
| 14. Cuando estás en la cama tratando de dormir, te das cuenta de que algo te preocupa. | SI | NO |
| 15. Cuando eras más niño sentías miedo de algo | SI | NO |
| 16. Te asusta algunas veces mirar hacia abajo, desde un lugar alto | SI | NO |
| 17. Te sientes preocupado (a) cuando tienes que ir al médico | SI | NO |
| 18. Crees que eres más miedoso que otros niños y niñas | SI | NO |
| 19. Has tenido miedo de sentirte herido | SI | NO |
| 20. Cuando estas solo en casa, y alguien golpea a la puerta, sientes miedo | SI | NO |
| 21. Te sientes asustado cuando ves un animal muerto | SI | NO |
| 22. Algunos programas de TV te asustan | SI | NO |
| 23. Te asusta que tú puedas salir herido en un accidente | SI | NO |
| 24. Alguien te ha atemorizado alguna vez | SI | NO |

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

25. Temes a cosas como pistolas SI NO
26. Sin saber porque, sientes algunas veces una sensación extraña en tu estomago. SI NO
27. Tienes miedo a que te muerda un perro SI NO
28. Te preocupa que algo malo suceda a alguien que tu conozcas SI NO
29. Tienes miedo a estar solo en casa de noche SI NO
30. Tienes miedo de acercarte demasiado a los fuegos artificiales a causa de los estallidos SI NO
31. Te preocupa de que vayas a caer enfermo SI NO
32. Te sientes siempre infeliz SI NO
33. Cuando tu madre no está en casa, te preocupa si ella va a regresar SI NO

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Abraham Bailestas Velez
(13-03-18)

ESCALA DE ANSIEDAD GENERAL PARA NIÑOS

Te voy hacer unas preguntas relacionadas con lo que tú piensas y sientes. Recuerda, que no hay respuestas buenas ni malas. Escucha cuidadosamente cada pregunta y pon un círculo alrededor del SI o del NO después de que decidas como piensas y sientes.

1. Cuando estas fuera de casa, te preocupa si algo está sucediendo en tu casa SI NO
2. Te preocupa algunas veces que otros niños tengan mejor aspecto que tu SI NO
3. Estas creciendo de la forma en que deberías SI NO
4. Tienes miedo a los ratones o a las ratas SI NO
5. Tienes miedo de si sabes tus lecciones SI NO
6. Si fueras a subir una escalera, tendrías miedo de caerte de ella SI NO
7. Tienes miedo a que tu madre se enferme SI NO
8. Sientes miedo cuando tienes que dirigirte a tu casa solo y por la noche SI NO
9. Te preocupa lo que la gente piensa de ti SI NO
10. Sientes una sensación rara cuando ves sangre SI NO
11. Cuando tu padre se ausenta de casa, te preocupa si regresará SI NO
12. Te asustan los relámpagos y los truenos SI NO
13. Tienes miedo siempre de hacer algo que tu quieres hacer SI NO
14. Cuando estás en la cama tratando de dormir, te das cuenta de que algo te preocupa.
SI NO
15. Cuando eras más niño sentías miedo de algo SI NO
16. Te asusta algunas veces mirar hacia abajo, desde un lugar alto SI NO
17. Te sientes preocupado (a) cuando tienes que ir al médico SI NO
18. Crees que eres más miedoso que otros niños y niñas SI NO
19. Has tenido miedo de sentirte herido SI NO
20. Cuando estas solo en casa, y alguien golpea a la puerta, sientes miedo SI NO
21. Te sientes asustado cuando ves un animal muerto SI NO
22. Algunos programas de TV te asustan SI NO
23. Te asusta que tú puedas salir herido en un accidente SI NO
24. Alguien te ha atemorizado alguna vez SI NO

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

25. Temes a cosas como pistolas SI NO
26. Sin saber porque, sientes algunas veces una sensación extraña en tu estomago. SI NO
27. Tienes miedo a que te muerda un perro SI NO
28. Te preocupa que algo malo suceda a alguien que tu conozcas SI NO
29. Tienes miedo a estar solo en casa de noche SI NO
30. Tienes miedo de acercarte demasiado a los fuegos artificiales a causa de los estallidos SI NO
31. Te preocupa de que vayas a caer enfermo SI NO
32. Te sientes siempre infeliz SI NO
33. Cuando tu madre no está en casa, te preocupa si ella va a regresar SI NO

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

CUESTIONARIO – CDI

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Nombre: Abraham David Balboa Velaz Fecha: 16-06-17
Unidad/Centro: Unidad Atención Psicológica Infantil N° Historia: _____
Edad: 8 años 11 meses. Sexo: M Curso escolar: 4º Primaria

1.
a) Estoy triste de vez en cuando.
☒ b) Estoy triste muchas veces.
c) Estoy triste siempre.
2.
a) Nunca me saldrá nada bien
b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
☒ c) Las cosas me saldrán bien
3.
a) Hago bien la mayoría de las cosas.
b) Hago mal muchas cosas
☒ c) Todo lo hago mal
4.
a) Me divierten muchas cosas
☒ b) Me divierten algunas cosas
c) Nada me divierte
5.
a) Soy malo siempre
b) Soy malo muchas veces
☒ c) Soy malo algunas veces
6.
a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
☒ b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.
c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.
a) Me odio
b) No me gusta como soy.
☒ c) Me gusta como soy
8.
a) Todas las cosas malas son culpa mía.
b) Muchas cosas malas son culpa mía.
☒ c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

9.
☒ a) No pienso en matarme
☐ b) Pienso en matarme pero no lo haría
☐ c) Quiero matarme.
10.
☐ a) Tengo ganas de llorar todos los días
☐ b) Tengo ganas de llorar muchos días
☒ c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.
☐ a) Las cosas me preocupan siempre
☐ b) Las cosas me preocupan muchas veces.
☒ c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.
☒ a) Me gusta estar con la gente
☐ b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
☐ c) No quiero en absoluto estar con la gente.
13.
☐ a) No puedo decidirme
☐ b) Me cuesta decidirme
☒ c) Me decido fácilmente
14.
☒ a) Tengo buen aspecto
☐ b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
☐ c) Soy feo
15.
☐ a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
☒ b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.
☐ a) Todas las noches me cuesta dormir
☒ b) Muchas noches me cuesta dormir.
☐ c) Duermo muy bien
17.
☒ a) Estoy cansado de cuando en cuando
☐ b) Estoy cansado muchos días
☐ c) Estoy cansado siempre
18.
☐ a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
☐ b) Muchos días no tengo ganas de comer
☒ c) Como muy bien

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

19.
a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
☒ b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.
a) Nunca me siento solo.
☒ b) Me siento solo muchas veces
c) Me siento solo siempre
21.
a) Nunca me divierto en el colegio
b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
☒ c) Me divierto en el colegio muchas veces.
22.
☒ a) Tengo muchos amigos
b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
c) No tengo amigos
23.
☒ a) Mi trabajo en el colegio es bueno.
b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.
a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
☒ c) Soy tan bueno como otros niños.
25.
a) Nadie me quiere
b) No estoy seguro de que alguien me quiera
☒ c) Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.
a) Generalmente hago lo que me dicen.
☒ b) Muchas veces no hago lo que me dicen.
c) Nunca hago lo que me dicen
27.
☒ a) Me llevo bien con la gente
b) Me peleo muchas veces.
c) Me peleo siempre

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

CUESTIONARIO - CDI

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Nombre: Abraham David Ballesteros Veloz Fecha: 24-10-17
Unidad/Centro: Unidad Atención Psicológica Unimay N° Historia: 4
Edad: 9 años 11 meses. Sexo: M Curso escolar: 4º Primaria

1.
 - a) Estoy triste de vez en cuando.
 - b) Estoy triste muchas veces.
 - c) Estoy triste siempre.
2.
 - a) Las cosas me saldrán bien
 - b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 - c) Nunca me saldrá nada bien
3.
 - a) Hago bien la mayoría de las cosas.
 - b) Hago mal muchas cosas
 - c) Todo lo hago mal
4.
 - a) Me divierten muchas cosas
 - b) Me divierten algunas cosas
 - c) Nada me divierte
5.
 - a) Soy malo algunas veces
 - b) Soy malo muchas veces
 - c) Soy malo siempre
6.
 - a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 - b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 - c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.
 - a) Me gusta como soy
 - b) No me gusta como soy
 - c) Me odio
8.
 - a) Todas las cosas malas son culpa mía.
 - b) Muchas cosas malas son culpa mía.
 - c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

9.
☒ a) No pienso en matarme
☐ b) Pienso en matarme pero no lo haría
☐ c) Quiero matarme.
10.
☐ a) Tengo ganas de llorar todos los días
☐ b) Tengo ganas de llorar muchos días
☒ c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.
☐ a) Las cosas me preocupan siempre
☐ b) Las cosas me preocupan muchas veces.
☒ c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.
☒ a) Me gusta estar con la gente
☐ b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
☐ c) No quiero en absoluto estar con la gente.
13.
☐ a) No puedo decidirme
☐ b) Me cuesta decidirme
☒ c) Me decido fácilmente
14.
☒ a) Tengo buen aspecto
☐ b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
☐ c) Soy feo
15.
☐ a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
☒ b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.
☐ a) Todas las noches me cuesta dormirme
☒ b) Muchas noches me cuesta dormirme.
☐ c) Duermo muy bien
17.
☒ a) Estoy cansado de cuando en cuando
☐ b) Estoy cansado muchos días
☐ c) Estoy cansado siempre
18.
☐ a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
☐ b) Muchos días no tengo ganas de comer
☒ c) Como muy bien

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

19.
a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
☒ b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.
a) Nunca me siento solo.
☒ b) Me siento solo muchas veces
c) Me siento solo siempre
21.
a) Nunca me divierto en el colegio
b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
☒ c) Me divierto en el colegio muchas veces.
22.
a) Tengo muchos amigos
b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
c) No tengo amigos
23.
☒ a) Mi trabajo en el colegio es bueno.
b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.
a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
☒ c) Soy tan bueno como otros niños.
25.
a) Nadie me quiere
b) No estoy seguro de que alguien me quiera
☒ c) Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.
a) Generalmente hago lo que me dicen.
☒ b) Muchas veces no hago lo que me dicen.
c) Nunca hago lo que me dicen
27.
☒ a) Me llevo bien con la gente
b) Me peleo muchas veces.
c) Me peleo siempre

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

CUESTIONARIO – CDI

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Nombre: Abraham David Ballesteros Velez Fecha: 5-04-18
Unidad/Centro: Unidad Atención Psicológica Unimag N° Historia: _____
Edad: 9 años _____ meses. Sexo M Curso escolar 5° Primaria

1.
☒ a) Estoy triste de vez en cuando.
☐ b) Estoy triste muchas veces.
☐ c) Estoy triste siempre.
2.
☒ a) Las cosas me saldrán bien
☐ b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
☐ c) Nunca me saldrá nada bien
3.
☒ a) Hago bien la mayoría de las cosas.
☐ b) Hago mal muchas cosas
☐ c) Todo lo hago mal
4.
☒ a) Me divierten muchas cosas
☐ b) Me divierten algunas cosas
☐ c) Nada me divierte
5.
☒ a) Soy malo algunas veces
☐ b) Soy malo muchas veces
☐ c) Soy malo siempre
6.
☒ a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
☐ b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.
☐ c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.
☒ a) Me gusta como soy
☐ b) No me gusta como soy
☐ c) Me odio
8.
☐ a) Todas las cosas malas son culpa mía.
☐ b) Muchas cosas malas son culpa mía.
☒ c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

9.
☒ a) No pienso en matarme
☐ b) Pienso en matarme pero no lo haría
☐ c) Quiero matarme.
10.
☐ a) Tengo ganas de llorar todos los días
☐ b) Tengo ganas de llorar muchos días
☒ c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.
☐ a) Las cosas me preocupan siempre
☐ b) Las cosas me preocupan muchas veces.
☒ c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.
☒ a) Me gusta estar con la gente
☐ b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
☐ c) No quiero en absoluto estar con la gente.
13.
☐ a) No puedo decidirme
☒ b) Me cuesta decidirme
☐ c) Me decido fácilmente
14.
☒ a) Tengo buen aspecto
☐ b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
☐ c) Soy feo
15.
☐ a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
☒ b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.
☐ a) Todas las noches me cuesta dormirme
☐ b) Muchas noches me cuesta dormirme.
☒ c) Duermo muy bien
17.
☒ a) Estoy cansado de cuando en cuando
☐ b) Estoy cansado muchos días
☐ c) Estoy cansado siempre
18.
☐ a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
☐ b) Muchos días no tengo ganas de comer
☒ c) Como muy bien

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

19.

- a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- ☒ b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.

- a) Nunca me siento solo.
- ☒ b) Me siento solo muchas veces
- c) Me siento solo siempre

21.

- a) Nunca me divierto en el colegio
- b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- ☒ c) Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

- a) Tengo muchos amigos
- ☒ b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
- c) No tengo amigos

23.

- ☒ a) Mi trabajo en el colegio es bueno.
- b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.

- a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
- ☒ c) Soy tan bueno como otros niños.

25.

- a) Nadie me quiere
- b) No estoy seguro de que alguien me quiera
- ☒ c) Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

- ☒ a) Generalmente hago lo que me dicen.
- b) Muchas veces no hago lo que me dicen.
- c) Nunca hago lo que me dicen

27.

- ☒ a) Me llevo bien con la gente
- b) Me peleo muchas veces.
- c) Me peleo siempre

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

Abraham Bellestas velaz
Fecha: 27-06-17

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS

INSTRUCCIONES:

Se debe contestar con una cruz valorando en qué grado el niño(a) presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

Conductas	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable		X		
2. Es llorón			X	
3. Se mueve más de lo normal			X	
4. No se puede estar quieto		X		
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)		X		
6. No termina las cosas o actividades que comienza.		X		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. suele molestar frecuentemente a otros niños.		X		
TOTAL		6	8	

(14)
Total

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

24-10-17

88 DIEGO ALONSO CASTRILLÓN MORENO Y PABLO EMILIO BORRERO COPETE

ANEXOS

ANEXO 1.

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española) (Seisdedos, 1990).

Nombres y Apellidos Albani Bailestas Velez Edad 9 años

PRIMERA PARTE

- | | | | | |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|
| 1 | Me siento calmado | 1 | (2) | 3 |
| 2 | Me encuentro inquieto | 1 | (2) | 3 |
| 3 | Me siento nervioso | 1 | 2 | (3) |
| 4 | Me encuentro descansado | (1) | 2 | 3 |
| 5 | Tengo miedo | (1) | 2 | 3 |
| 6 | Estoy relajado | 1 | (2) | 3 |
| 7 | Estoy preocupado | 1 | 2 | (3) |
| 8 | Me encuentro satisfecho | (1) | 2 | 3 |
| 9 | Me siento feliz | (1) | 2 | 3 |
| 10 | Me siento seguro | 1 | 2 | (3) |
| 11 | Me encuentro bien | 1 | (2) | 3 |
| 12 | Me siento molesto | (1) | 2 | 3 |
| 13 | Me siento agradable | 1 | 2 | (3) |
| 14 | Me encuentro atemorizado | 1 | (2) | 3 |
| 15 | Me encuentro confuso | 1 | (2) | 3 |
| 16 | Me siento animoso | 1 | (2) | 3 |
| 17 | Me siento angustiado | 1 | (2) | 3 |
| 18 | Me encuentro alegre | 1 | (2) | 3 |
| 19 | Me encuentro contrariado | (1) | 2 | 3 |
| 20 | Me siento triste | (1) | 2 | 3 |
| | | 1 | 2 | (3) |

SEGUNDA PARTE

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|
| 1 | Me preocupa cometer errores | 1 | (2) | 3 |
| 2 | Siento ganas de llorar | 1 | 2 | (3) |
| 3 | Me siento desgraciado | (1) | 2 | 3 |
| 4 | Me cuesta tomar una decisión | 1 | 2 | (3) |
| 5 | Me cuesta enfrentarme a mis problemas | 1 | 2 | (3) |
| 6 | Me preocupo demasiado | 1 | 2 | (3) |
| 7 | Me encuentro molesto | (1) | 2 | 3 |
| 8 | Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan | 1 | (2) | 3 |
| 9 | Me preocupan las cosas del colegio | 1 | 2 | (3) |
| 10 | Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer | 1 | 2 | (3) |

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC)

89

- | | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 11 | Noto que mi corazón late más rápido | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Aunque no lo digo, tengo miedo | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Me preocupo por cosas que puedan ocurrir | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Me cuesta quedarme dormido por las noches | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Tengo sensaciones extrañas en el estómago | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Me preocupa lo que los otros piensen de mi | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Tomo las cosas demasiado en serio | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Encuentro muchas dificultades en mi vida | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Me siento menos feliz que los demás chicos | 1 | 2 | 3 |

ANEXO 2

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (adaptación colombiana)

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: Abraham Bailestas velez

EDAD: 9 años

CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 4º Primaria

FECHA DE HOY: 7-11-17

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una "X" dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estas de acuerdo coloca "X" dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una "X" en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta "algunas veces verdadero".

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	()	()	(X)+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	()	(X)	()+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	()	(X)	()+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	(X)	()	()+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	()	(X)	()+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	()	(X)	()+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	()	()	(X)
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	(X)	()	()+
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	()	()	(X)+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	()	()	(X)+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	()	()	(X)+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	()	(X)	()+
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	()	(X)	()
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	()	(X)	()

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	()	(X)	()+
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	(X)	()	()+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	()	(X)	()
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	(X)	()	()
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	()	(X)	()+
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	()	()	(X)+
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	()	()	(X)+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	()	(X)	()+
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	(X)	()	()
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	()	(X)	()
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	(X)	()	()+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	()	(X)	()+
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	()	(X)	()+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	()	(X)	()+
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	()	(X)	()
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	(X)	()	()+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	(X)	()	()+
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	()	()	(X)
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	()	(X)	()+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	()	(X)	()
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas	(X)	()	()+

Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	(X)	()	()+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	()	(X)	()
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	(X)	()	()+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
39. Los problemas no tienen una sola solución.	(X)	()	()
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	()	()	(X)+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	()	(X)	()
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	(X)	()	()+
43. Me enoja o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	(X)	()	()+
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	()	(X)	()+
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les presto atención.	()	()	(X)
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	()	(X)	()
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para mas tarde.	()	(X)	()
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	()	()	(X)+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy seria diferente.	()	(X)	()+